

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 15

APERÇU DES PRINCIPAUX MOYENS EMPLOYÉS

POUR COMBATTRE

LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE

LEUR APPLICATION ET LEURS RÉSULTATS
A L'ÉTRANGER

LEUR APPLICATION EN FRANCE
FACILITÉE PAR LE DISPENSAIRE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 février 1919

PAR

Pierre DESTRES

Né le 19 avril 1889, à Laon

ASSISTANT AU SANATORIUM DES HOSPICES DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BERTIN-SANS, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i> .
		SARDA, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		GAUSSEL, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre, 3, et Quai du Verdanson

1919

APERÇU DES PRINCIPAUX MOYENS EMPLOYÉS

POUR COMBATTRE

LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE

LEUR APPLICATION ET LEURS RÉSULTATS A L'ÉTRANGER

LEUR APPLICATION EN FRANCE

FACILITÉE PAR LE DISPENSAIRE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 15

APERÇU DES PRINCIPAUX MOYENS EMPLOYÉS

POUR COMBATTRE

LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE

LEUR APPLICATION ET LEURS RÉSULTATS
A L'ÉTRANGER

LEUR APPLICATION EN FRANCE
FACILITÉE PAR LE DISPENSAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 février 1919

PAR

Pierre DESTRES

Né le 19 avril 1889, à Laon

ASSISTANT AU SANATORIUM DES HOSPICES DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BERTIN-SANS, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		SARDA, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		GAUSSEL, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre, 3, et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA	ASSESSUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale	CARRIEU (*)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Physiologie	HEDON (*)
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DU CAMP (*)
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR
Médecine légale et toxicologie	SARDA
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (*)
Anatomie pathologique	MASSABAU (*)
Chimie médicale	DERRIEN
Microbiologie	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Stomatologie	DESMONTS, (ch. de c.)
	BESSION, (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ROGER
GRYNFELT (*)	P. DELMAS	ETIENNE
LEENHART	EUZIERE	LISBONNE
GAUSSEL (*)	J. DELMAS (*)	PECH (ch. d'agrég.)
RICHE	RIMBAUD	

Examineurs de la thèse :

MM. BERTIN-SANS, prof. président.	MM. LEENHART, agrégé.
SARDA, professeur.	GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle s'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MON FILS HUBERT

A MES FRÈRES

MARCEL, RAYMOND, MICHEL

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

En témoignage de profonde affection.

P. DESTRES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTIN-SANS

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR HORTOLÈS

P. DESTRES.

APERÇU DES PRINCIPAUX MOYENS EMPLOYÉS

POUR COMBATTRE

LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE

LEUR APPLICATION ET LEURS RÉSULTATS A L'ETRANGER

LEUR APPLICATION EN FRANCE

FACILITÉE PAR LE DISPENSAIRE

INTRODUCTION

Pendant les loisirs forcés d'un séjour prolongé dans plusieurs « lieux de cure » étrangers, nous avons été amené naturellement à comparer les divers moyens que nous avons vu mettre en œuvre dans la lutte contre la tuberculose. Ici, lutte invisible, mais tenace, ne reculant devant aucun sacrifice pécuniaire ; là, lutte tapageuse annoncée au monde entier dans d'innombrables revues et journaux et nécessitant l'appareil colossal de sanatoria nombreux : mais lutte tout de même. A côté de cela, en France, indifférence presque absolue des autorités qui semblaient ignorer jusqu'il n'y a pas longtemps encore le péril tuberculeux, et du public qui, cependant, se rend compte de ses ravages.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de rechercher les causes de l'augmentation de la tuberculose ni de

démontrer les rapports qui existent entre elle et les logements insalubres, les aliments malsains ou l'alcoolisme. Nous supposerons ces rapports connus et admis et nous nous bornerons à rechercher comment on atteint la tuberculose en faisant diminuer ces facteurs. Pour nous faire une idée de leur importance, nous interrogerons les pays étrangers qui les ont fait varier par l'application de lois heureuses. Ces pays nous serviront de véritable champ d'expérience, car chacun d'eux a été amené à mettre en œuvre contre la « grande faucheuse » des moyens différents [en rapport avec les mœurs, le caractère ou les intérêts de ses habitants, et les a appliqués d'abord seul, à l'exclusion d'autres systèmes (1) de sorte que le résultat obtenu dans un pays juge avec une approximation suffisante le système qu'il a employé. L'Anglais, soucieux de son confortable, fut naturellement amené à améliorer l'habitation, et la voirie. Le Danemark, grand producteur et consommateur de laitage, fit une réglementation sévère de la vente du lait, réglementation qui donnait, en même temps, une garantie commerciale à ses produits exportés. La Suède et les pays Scandinaves, ravagés par l'alcoolisme, parent au plus pressé, luttent victorieusement contre l'alcool, et par ce seul moyen, voient leur mortalité tuberculeuse décroître dans des proportions non négligeables. L'Allemagne, elle, dans un but purement intéressé, construit ses sanatoria populaires, et frappée des résultats obtenus, organise un plan de campagne contre la tuberculose avec l'esprit de discipline et la méthode qui avaient paru si bien lui réussir au point de vue militaire.

(1) Sans se douter, la plupart du temps, que ces mesures auraient une action sur la phthisie dont on ne connaissait alors ni l'étiologie ni l'épidémiologie.

En France, comme nous l'avons déjà dit, indifférence nationale, fatalisme que, à l'occasion d'un autre fléau, l'argot des soldats a exprimé par « ne pas s'en faire. »

Et pourtant, les appels n'ont pas manqué ! Depuis Villemin, qui déclarait que « le soldat tuberculeux est à son camarade de chambrée ce que le cheval morveux est à son camarade d'écurie » ; jusqu'à Landouzy, dont les aphorismes tuberculeux ont fait fortune et sont devenus classiques, nombreux sont les médecins, hygiénistes ou philanthropes, qui ont montré l'urgence des réformes qu'ils proposaient.

On s'étonnera plus tard de l'inertie des pouvoirs publics et des citoyens devant ce problème menaçant, comparée à l'activité déployée pendant le même temps par des sociétés de pêcheurs à la ligne ou de chasseurs faisant des frais considérables comparés à leurs ressources, pour défendre la vie du poisson ou du gibier, victimes bien indifférentes, protégées uniquement pour être massacrées, ou à l'activité tapageuse des sociétés protectrices des animaux recrutant des adhérents zélés et créant des refuges pour assurer le bien-être des animaux domestiques.

Il a fallu que le péril tuberculeux fût imminent pour que toutes les forces se groupassent comme elles l'avaient fait quelque temps auparavant devant l'envahisseur. En effet, la phtisie fait chaque année autant de victimes qu'une guerre qui durerait perpétuellement mais avec cette différence que, quand il s'agit de la tuberculose, pas de gloire pour ses « blessés », pas de retraite pour eux, pas d'allocations ni de pensions pour leurs veuves ou leurs enfants ; au contraire, une famille abandonnée dans la plus noire misère par son chef qui l'aura conta-

gionnée jusqu'au dernier moment et dont les membres sont une proie toute désignée pour la phtisie....

Nous n'avons pas la prétention de solutionner ce problème si complexe ni d'apporter des faits nouveaux ; si nous nous permettons de donner notre humble appréciation c'est que, ayant cohabité pendant de nombreuses années avec des phtisiques, nous avons appris à connaître leur caractère et leurs désirs, leurs espoirs et leurs découragements, et que jugeant cette lutte antituberculeuse non comme spectateur mais comme acteur, nous pouvons en causer comme d'une chose vécue.

Cette étude sera divisée en cinq chapitres :

Dans chacun des quatre premiers nous envisagerons une des modalités, un des aspects de la lutte antituberculeuse :

I. Amélioration de l'hygiène de l'habitation et des agglomérations ;

II. Lutte contre les aliments et le lait bacillifères ;

III. Lutte contre l'alcool ;

IV. Lutte contre la maladie elle-même.

Pour chacune de ces questions, prenant comme type un pays étranger, nous examinerons les résultats qui y ont été obtenus : d'abord par le législateur, ensuite, s'il y a lieu, par l'initiative privée. Nous ferons la même étude pour la France, notant ce qu'il y faudrait faire encore pour qu'à ce point de vue notre pays tienne sinon la première, du moins une place honorable parmi les autres nations.

Enfin, dans un cinquième chapitre, faisant état des renseignements fournis par les quatre premiers, nous essaierons de coordonner, grâce au dispensaire, ces différentes formes de la lutte antituberculeuse qui doit faire

un tout et dont les rouages doivent fonctionner en liaison étroite et constante, et à ce propos, nous aurons l'occasion de dire un mot de la déclaration obligatoire.

Avant d'aborder notre sujet, il nous est agréable de remercier publiquement tous nos maîtres, et particulièrement ceux qui, au cours de notre scolarité, nous ont marqué quelque intérêt.

M. le docteur Hortolès, dont nous avons été, pendant plus d'un an, l'assistant au sanatorium Bon Accueil, nous a témoigné en diverses circonstances une bienveillance dont nous ne le remercierons jamais assez. Quelques mots ne sauraient traduire toute la reconnaissance que nous lui devons.

Nous prions M. le docteur Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, d'agréer l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le professeur Vallois, médecin en chef de la Maternité, et à Mademoiselle Bazin, sage-femme en chef, pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée, à l'occasion d'un heureux évènement.

Nous déplorons la brièveté de notre séjour comme assistant de M. le professeur agrégé Gaussel, médecin-chef du Sanatorium des Hospices de Montpellier, et nous regrettons vivement de n'avoir pu être associé à ses travaux sur la tuberculose.

Nous n'oublierons pas la bonté avec laquelle M. le professeur Vialleton nous a accueilli lors de notre arrivée à la Faculté de Montpellier, nous lui en gardons une profonde reconnaissance, qui s'adresse aussi à Monsieur le

Professeur Sarda et à Monsieur le Professeur agrégé Leenhardt qui nous ont fait l'honneur d'accepter de siéger dans notre jury.

Madame Vieu nous a toujours témoigné de l'intérêt et Madame Moulis nous a plusieurs fois fait bénéficier de son inlassable dévouement pendant notre séjour au sanatorium. Nous les en remercions bien sincèrement.

Notre respectueuse gratitude s'adresse également aux Religieuses Augustines qui nous ont témoigné tant de bonté au cours de notre séjour dans leur maison transformée en hôpital militaire.

CHAPITRE PREMIER

HYGIÈNE DE L'HABITATION

Parmi toutes les causes qui favorisent l'éclosion de la tuberculose, l'une des plus incriminées est le logement insalubre. Ce fait, connu depuis longtemps, démontré par les enquêtes personnelles faites par des particuliers (Sogniès, à Nancy), illustré de façon éclatante par la lecture des casiers sanitaires des maisons, a fait l'objet de la loi de Strauss : « Pour un immeuble, le nombre des cas de tuberculose est proportionnel au nombre des étages et inversement proportionnel aux dimensions des cours, courettes et espaces libres. »

Il en résulte que la lutte contre les taudis s'est traduite par une diminution considérable du nombre des décès par tuberculose. L'étude de cette lutte contre les logements insalubres est particulièrement intéressante en ce qui concerne l'Angleterre, parce qu'elle y fut poursuivie méthodiquement pendant près d'un siècle et presque à l'exclusion de tout autre moyen.

L'Angleterre fut la première nation qui partit en guerre contre les logements insalubres. Dès 1836, en effet, on trouve un exemple de lois sur les « Building Societies », sortes de caisses d'épargne qui procurent des logements à leurs adhérents.

En 1851, des « Acts » du parlement autorisent les municipalités à s'immiscer dans la construction des maisons ; mais c'est surtout le « Public Health Act » de 1875, l'équivalent de notre loi de 1902 sur la salubrité publique, mais arrivé vingt sept ans plus tôt, qui fut le plus important par l'étendue des mesures qu'il édictait et par les résultats auxquels il est arrivé. En voici les dispositions principales :

Une maison ne peut être habitée que lorsque l'autorité locale aura constaté qu'elle est suffisamment pourvue d'eau. L'autorité locale doit en outre veiller à ce que le district tout entier soit pourvu d'eau de bonne qualité en quantité suffisante et d'égouts en bon état, bien ventilés nécessaires au drainage facile du district. Si l'autorité locale n'exécute pas les prescriptions de la loi, le pouvoir central peut intervenir.

De nouveaux « acts » de 1878, 1879, 1885, condensés dans celui de 1890, modifiés le 4 août 1894, obligent les municipalités dans les villes à démolir les maisons insalubres et à les remplacer par des maisons salubres ; à intervenir, après rapport de l'inspecteur sanitaire, chaque fois qu'elles se trouvent en présence de propriétaires ne voulant pas ou ne pouvant pas maintenir leurs maisons en état de salubrité. Les municipalités ont aussi des pouvoirs assez larges pour faire effectuer la démolition, non pas d'un petit groupe de maisons, mais même d'un quartier tout entier. Elles doivent assurer un logement convenable aux familles ainsi chassées de chez elles.

Enfin, la loi de 1909 sur la construction salubre des agglomérations (housing and town planning Act) qui crée les médecins sanitaires chefs pour chacun des comtés (ou des arrondissements s'il s'agit de Londres), favorise l'extension des villes et la création de cités jardins, la

suppression des flots insalubres et la construction municipale de quartiers neufs.

L'importance de ces lois est mise suffisamment en évidence par ce fait que de 1875 à 1890 l'Angleterre a dépensé une somme de environ trois milliards pour sa salubrité publique et que de 1912 à 1914, 177.938 maisons ont été, soit transformées aux frais des propriétaires soit fermées pour cause d'insalubrité, alors qu'un grand nombre d'autres étaient mises en état.

Mais l'effort du législateur ne resta pas isolé : « En Angleterre, dit Romme, les lois, en pareille matière, ne sont que la codification du mouvement déjà existant et dont l'initiative personnelle est le point de départ ». Cette initiative personnelle fut prise, soit par des sociétés, soit par des particuliers.

Parmi les sociétés, les plus importantes, sont les « Building Societies » au nombre de plusieurs milliers, dont le but est l'achat de terrains et la construction de maisons salubres qu'elles vendent « à tempérament » à leurs membres, cela grâce à des prêts qui leur sont consentis par l'Etat. Depuis leurs origines jusqu'en 1910, elles avaient dépensé plus de trois milliards de francs pour la réalisation de leur programme.

A côté de ces « Building Societies » d'autres sociétés ont aussi construit des maisons salubres soit dans un but financier, soit dans un but humanitaire.

Parmi les œuvres privées, mentionnons celle de M. Peabody, généreux philanthrope, qui consacre une somme de douze millions à la construction d'habitations qu'il met à la disposition d'ouvriers pauvres moyennant un salaire très peu élevé. Grâce à sa fondation, environ vingt mille personnes sont logées dans des maisons salubres.

Enfin, citons l'œuvre de Miss Hill qui achète des immeubles, véritables taudis, foyers de la tuberculose, les répare, les assainit et les loue, moyennant une faible retribution à des gens peu fortunés. Mais, ce qui fait le mérite de son œuvre, elle prend soin de toucher elle-même chaque semaine les loyers, ce qui lui permet de conserver une surveillance morale sur les locataires, et, grâce à la persuasion, elle arrive à faire renaître à la propriété ses protégés qui deviennent ensuite les clients des « Building ».

Toutes ces mesures ont eu une influence qu'on peut mesurer par leurs résultats. La mortalité par tuberculose pulmonaire en Angleterre, qui était de 2.700 pour 1 million en 1855, est tombée à 1.385, en 1894, à 1.080 en 1907 et à 840 en 1913. Ces chiffres ont une grande importance parce qu'ils mesurent exactement la part due à l'hygiène de l'habitation dans la diminution de la phtisie, car ce pays, du moins, jusqu'en 1911, n'a employé que cette arme à l'exclusion presque complète de toutes les autres.

La principale critique que l'on peut faire à ce système, c'est son prix élevé, motivé par l'abatage et l'expropriation des maisons d'une part, d'autre part par les émoluments du corps de fonctionnaires qu'il nécessite : médecins sanitaires, inspectrices, visiteuses, nurses de district. Ce prix élevé est l'inconvénient que nous trouverons à tous les systèmes, car l'hygiène est une guerre contre la maladie, et, comme toutes les guerres, elle exige le secours de l'argent pour être soutenue avec chance de succès ; ce qui est le plus à considérer, ce n'est pas la dépense seule, c'est le résultat comparé à la dépense : le rendement ; or, on est bien obligé de reconnaître que le rendement obtenu par l'Angleterre ne doit pas lui faire regretter les capitaux qu'elle a engloutis dans cette lutte,

car l'hygiène « se solde toujours par des économies qui sont représentées par des vies humaines ».

En résumé, et nous ne retiendrons que ce résultat global, la mortalité par tuberculose pulmonaire en Angleterre a diminué en cinquante ans de 59 pour 100 par la seule amélioration de l'hygiène de l'habitation, et c'est dans ce pays que la mortalité par tuberculose pulmonaire est la plus faible à l'heure actuelle.

Qu'avons-nous fait en France dans cet ordre d'idée ?

La loi du 13 avril 1850 et celle du 5 avril 1884 ont été abrogées par celle de 1902, nous ne nous y arrêterons pas. C'est la loi, tant attendue, du 15 février 1902 qui nous régit à ce point de vue ; nous disons : tant attendue, car le texte qui avait été rédigé en 1881, fut voté par la Chambre des députés en 1893. Le Sénat y ayant apporté des modifications, elle revint devant la Chambre, et, après de nombreux va et vient, fut enfin promulguée en 1902, vingt et un ans après sa rédaction. Elle fut complétée par le décret du 3 juillet 1905 portant règlement d'administration publique pour l'organisation et le fonctionnement des bureaux d'hygiène, et précisée par les instructions ministérielles du 23 mars 1906.

Pour les agglomérations de vingt mille habitants et au-dessus, elle impose l'obligation du permis de construire. Dans les agglomérations de plus de vingt mille habitants, l'autorisation du maire implique la nécessité de consulter le bureau d'hygiène.

Dans les communes d'importance moindre où le bureau d'hygiène fait défaut, c'est le règlement sanitaire communal, élaboré par le conseil supérieur d'hygiène qui règle la salubrité des immeubles.

La loi protège le propriétaire contre la lenteur de l'administration municipale, en l'autorisant à se passer du

permis du maire, si celui-ci n'a pas statué dans un délai de vingt jours, et elle le prémunit contre son opposition injustifiée, en autorisant le préfet à donner le permis de construire en cas de refus du maire.

En cas d'inexécution des prescriptions du règlement sanitaire communal, le maire ou le préfet peut interdire d'habiter un immeuble, imposer au propriétaire des travaux nécessaires, ou même prononcer l'expropriation.

Les intéressés ont toutes facilités pour connaître le rapport de la commission sanitaire, et, en cas de contestation entre la commission et le maire, d'assister aux séances du conseil départemental d'hygiène, saisi par le préfet.

S'il n'y a pas de contestation, le maire prend un arrêté ordonnant les travaux nécessaires ou portant l'interdiction d'habiter.

A défaut de recours contre l'arrêté du maire ou si l'arrêté a été maintenu, les intéressés qui n'ont pas exécuté dans le délai imparti les travaux jugés nécessaires, sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office, à leurs frais, sans préjudice de l'application de l'article 471, paragraphe 15 du code pénal.

En cas d'interdiction d'habitation, s'il n'y a pas été fait droit, les intéressés sont passibles d'une amende de 16 à 600 francs et traduits devant le tribunal correctionnel, qui autorise le maire à faire expulser, à leurs frais, les occupants de l'immeuble.

La loi donne donc à l'administration municipale l'autorité suffisante pour lutter efficacement contre les logements insalubres.

Enfin, elle impose la désinfection lorsqu'il y a eu déclaration ; nous ne nous occuperons pas de cette question

ici, car nous considérons la désinfection des logements des tuberculeux, désinfection ayant le caractère spécial de devoir être faite périodiquement, comme une fonction du dispensaire, et nous l'étudierons plus loin.

Evidemment, cette loi, si elle était appliquée, donnerait, sauf quelques détails de peu d'importance, toute satisfaction à l'hygiène et nous ne devrions plus avoir une seule maison insalubre. Malheureusement, telle qu'elle est, elle est inapplicable ; le maire, élu du suffrage universel, étant chargé de faire appliquer des lois d'hygiène, c'est-à-dire des lois qui portent le plus souvent préjudice à des intérêts particuliers et dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles mécontentent par les changements qu'elles apportent dans nos habitudes. « C'est, dit Duclaux, placer un joli paradoxe à la base d'une loi française. »

La loi anglaise ne connaît pas cet inconvénient : C'est le médecin sanitaire de comté (ou d'arrondissement s'il s'agit de Londres) qui transmet ses desiderata ou ses remarques dans les rapports qu'il envoie régulièrement. L'enquête faite par des inspecteurs, la procédure est immédiatement ouverte.

Nous venons de supposer le maire plein de bonne volonté, mais n'appliquant pas la loi par peur de voir sa réélection compromise ; mais à côté de cela, il y a ceux dont l'instruction hygiénique laisse à désirer et qui ne seront pas conseillés par les bureaux d'hygiène. C'est à ceux là que les conseils du médecin sanitaire, emploi encore à créer, rendront de réels services ; mais plus souvent, les maires invoquent l'état précaire des finances de leur commune et l'impossibilité de trouver une somme suffisante pour exécuter des travaux de certaine impor-

tance. Cette excuse ne saurait être admise puisque la loi du 15 juin 1907 crée au Ministère de l'intérieur une caisse de prêt alimentée par le produit des jeux et destinée à aider les communes qui veulent appliquer l'article 9 de la loi. En réalité, si les maires sont si avares des fonds de leur commune, c'est pour ne pas élever les impôts communaux, élévation qui aurait pour eux des conséquences électorales. « La peur de l'électeur et du contribuable est pour une municipalité le commencement des compromissions. Un conseil municipal ne rechignera pas à voter les crédits pour des fêtes, des concours d'orphelins, de gymnastique, des courses de vélocipèdes ou d'automobiles, mais quel est celui d'entre eux qui, soucieux de sa réélection, consentira à grossir le budget communal pour une institution dont ni lui, ni l'électeur ne comprennent l'utilité ni la portée ? »

L'organisation des bureaux d'hygiènes institués par la loi de 1902, a été d'une lenteur désespérante. D'après Chalot, sur cent-neuf communes, trente et une seulement avaient la prétention d'en avoir un, plus de cinq ans après la promulgation de la loi qui les obligeait à en avoir. Sur ces trente et un prétendus bureaux d'hygiène, ceux qui l'étaient réellement n'avaient pas attendu la loi de 1902 pour se constituer ; les autres n'étaient que des changements de dénomination donnés à l'ancien service de l'architecte, de l'agent voyer, voire du commissaire de police !

M. Gautrez écrivait en décembre 1913, dans un rapport lu à la réunion sanitaire provinciale : « Nombreux sont les établissements dont l'enseigne ne répond à aucune réalité pratique et dont l'existence précaire et le semblant de fonctionnement ne servent que de couverture morale à des maires qui prétendent avoir satisfait ainsi à la loi,

mais dont tous les efforts tendent à en entraver l'application ; l'organisation d'une bonne moitié des bureaux est à peine passable, plutôt médiocre et appelle de sérieuses améliorations ».

Cette situation semble toutefois s'être légèrement améliorée, peut-être à cause de la guerre qui a fait sentir plus fortement l'utilité de l'hygiène, et un plus grand nombre de bureaux fonctionnent d'une façon presque satisfaisante.

Des inspections départementales d'hygiène, bien peu ont été créées : « il n'existe pas actuellement en France dix départements où l'inspection départementale soit organisée » (I. Courmont, 1914).

Donc, loi inappliquée, parce que les maires qui doivent la faire respecter, ne l'osent pas ou que les organisations chargées de son contrôle n'existent pas.

Et pourtant, il n'est pas sans intérêt de rappeler les termes d'une lettre que M. G. Clemenceau, président du conseil, adressait en juillet 1908 au préfet de l'Ardèche au sujet de la ville de Privas, dont la salubrité laissait à désirer et qui n'avait pas obéi aux injonctions faites conformément à l'article 9 de la loi de 1902.

« ... Je vous invite à faire tout ce qui dépendra de vous pour faire produire aux prescriptions tutélaires de cet article le maximum d'effet utile Ayant le choix entre des travaux imposés d'office et non subventionnés et des travaux exécutés de bonne grâce et subventionnés, les communes pourraient, j'imagine, difficilement hésiter. Vous voudrez bien faire connaître, à l'occasion, aux municipalités, que, sur ce point capital, comme d'ailleurs sur tous les autres, le gouvernement est décidé à assurer l'intégrale exécution de la loi de 1902. »

Voilà qui est parlé net et il est à espérer que la volonté

du gouvernement n'est pas moins ferme à l'heure actuelle où la nécessité d'une hygiène stricte est plus évidente qu'en 1908.

Enfin, l'institution des casiers sanitaires a fait ses preuves, bien qu'elle se poursuive elle aussi avec une sage lenteur ; mais il y aurait lieu de lui donner une plus grande publicité. Il permettrait, entre autres, d'attribuer aux immeubles des notes hygiéniques qui pourraient y être apposées ostensiblement grâce à une plaque. Cette pratique inviterait les propriétaires à faire disparaître de leurs maisons les causes d'insalubrité qui feraient baisser la note et partant le loyer. Elle renseignerait les locataires qui, par la lecture des différents coefficients dont le total formerait cette note seraient fixés d'une manière certaine sur les inconvénients de l'appartement qu'ils vont habiter. Cette innovation aurait encore le grand avantage de servir de base aux municipalités pour le dépistage des maisons insalubres.

Au point de vue initiative privée, on peut dire qu'en France, les résultats n'ont pas été proportionnels au dévouement de quelques uns. Une remarque qu'il convient de faire c'est que trop souvent les sociétés se sont plus appliquées à construire des maisons bon marché que des maisons salubres, et l'on a vu certaines de ces maisons tomber en ruines au bout de quelques années. La maison salubre à bon marché ne peut exister que dans la périphérie des villes, là où le terrain est bon marché et sous ce rapport, les moyens de transport rapides sont une aide précieuse.

Quoi qu'il en soit, les sociétés d'habitations à bon marché n'ont pas rendu en France les mêmes services que les « Building Societies » en Angleterre, et cela

pour plusieurs raisons : la première est que l'Anglais apprécie plus le confortable du home, si relatif soit il, que le Français ; la seconde, que nos sociétés n'ont pas été aussi soutenues que leurs similaires anglaises. Les lois de 1894, 1906 et 1908 (loi Ribot) accordaient des avantages bien moins appréciables que ceux concédés par les lois anglaises. La guerre n'a malheureusement pas permis de juger les résultats de la loi du 23 décembre 1912 qui semblait devoir être beaucoup plus efficace. Elle permettait, entre autres, aux communes d'élever des maisons destinées aux familles nombreuses ; enfin, le nombre de ces sociétés est bien moins élevé en France qu'en Angleterre (238 contre plusieurs milliers en 1909).

Et pourtant, nous croyons que c'est la société privée qui aura la plus grande influence dans cette réforme qu'il faut faire de nos mœurs et de notre caractère : les résultats obtenus par certains pays étrangers (Angleterre, Belgique, Danemark) sont là pour le montrer. Que l'Etat soit gendarme, que, représenté par une municipalité ou un inspecteur sanitaire, il fasse abattre les maisons insalubres, réformer celles qui peuvent être améliorées, qu'il empêche de construire celles qui ne satisfont pas aux exigences de l'hygiène, mais que pour le reste il se contente de donner d'une façon encore plus complète qu'il le fait actuellement sa protection morale et surtout financière : aux sociétés privées ; en leur faisant des avances de fonds ; et à leurs clients en exonérant d'impôts les maisons salubres. Ces associations, locales, sauront mieux se gagner la confiance de leurs adhérents éventuels, elles sauront mieux faire appel pour les questions techniques à des compétences non politiques mais exclusivement hygiéniques, et leurs règlements particuliers pourront avoir des souplesses et des adaptations locales

que ne peut pas avoir une loi. Pour ne citer qu'un fait, mentionnons l'essai intéressant tenté par l'Association des Infirmières Visiteuses de France qui, comme nous le verrons, est appelée à rendre de si grands services dans la lutte contre la tuberculose. Cette Association, s'inspirant de ce qui avait déjà été fait à Stockholm et à Cologne, inaugurerait, le 28 mai 1916, un groupe de logements destinés à des tuberculeux indigents et à leur famille. Cet immeuble peut abriter quinze familles, qui, pour la modique somme de 7 francs par semaine, ont un appartement composé d'une cuisine, d'une salle à manger, d'une chambre meublée pour le malade et de deux autres chambres. Un jardin facilite la récréation des enfants et permet aux malades de faire la cure de chaise longue.

Nous concluons donc :

La loi du 15 février 1902 est satisfaisante dans son ensemble. Malheureusement elle est inappliquée par les maires et inapplicable par eux. Il y aurait lieu de décharger ces magistrats du soin de son application, qui serait confiée aux directeurs des bureaux d'hygiène dans les villes qui en sont pourvues ; aux inspecteurs départementaux d'hygiène (à créer), dans les autres communes.

En second lieu, il faudrait que l'État favorise encore plus qu'il le fait actuellement la construction de maisons salubres et qu'il accorde plus d'avantages aux sociétés qui s'en occupent.

CHAPITRE II

HYGIÈNE DE L'ALIMENTATION

Nous réunirons dans ce chapitre les deux facteurs principaux de contamination par les aliments : la viande et le lait. Ces deux causes, en effet, se tiennent très intimement, d'abord parce qu'elles peuvent être réalisées par le même animal, une vache laitière par exemple, ensuite parce que l'une est la conséquence de l'autre, les porcs et les veaux devenant tuberculeux surtout après ingestion de sous produits de laiterie bacillifères.

De nombreux faits prouvent la réalité de cette contagion : par exemple pour l'année 1898, le nombre des porcs américains tuberculeux est de 0,0004 pour 100, alors que celui des porcs danois tuberculeux est de 15 pour 100. Or, les premiers sont nourris de grains, alors que les seconds sont nourris de sous-produits de laiterie. On commence, en Amérique, à nourrir les porcs avec les sous-produits de laiterie, et la proportion des tuberculeux monte à 0,81 pour 100.

Un exemple aussi typique est rapporté par Kühnau qui constate, en 1900, à l'abattoir de Hambourg, que sur quatre-vingt porcs introduits par le même propriétaire, soixante-seize sont tuberculeux. Les porcs provenaient

d'une laiterie en gros de Schleswig Holstein, alimentée par quarante-cinq fournisseurs Kühnau ayant inoculé à des cobayes le lait d'un de ces fournisseurs, le trouva bacillifère, et l'examen des animaux fournisseurs de ce lait permit de déceler une vache atteinte de mammité tuberculeuse. Le propriétaire ayant mis en pratique le conseil qui lui avait été donné de pasteuriser les sous-produits destinés aux porcs, aucun cas de tuberculose ne fut plus constaté sur 121 animaux abattus après l'application de cette mesure.

On se rappelle le trouble jeté dans les esprits par R. Koch, déclarant au Congrès de la tuberculose de juillet 1901 à Londres, que la tuberculose bovine et la tuberculose humaine étaient deux affections distinctes, à agents spécifiques différents, la tuberculose bovine ne pouvant pas donner la tuberculose humaine et vice versa. De nombreuses expériences (Behring, Nocard, Fortineau) sont venues infirmer ces déclarations, et à ce sujet, la statistique de l'Angleterre est intéressante et a la valeur d'une expérience ; alors que, grâce aux mesures prophylactiques prises concernant l'hygiène de l'habitation, la mortalité par tuberculose pulmonaire diminuait de 45 pour 100, de 1860 à 1895, la mortalité par tuberculose intestinale des enfants âgés de moins d'un an augmentait, pendant la même période, de 27 pour 100. Cette augmentation a été attribuée par les hygiénistes anglais, par Thorne-Thorne en particulier, à l'absence de surveillance des laiteries et à l'absence de mesures interdisant l'usage de lait de vaches tuberculeuses dans l'alimentation des enfants nourris au biberon. Peu nous importe cette question, que ces deux agents soient frères ou cousins germains, puisque de l'avis même des dualistes, il y a des tuberculoses humaines à bacilles bovins et des tuberculoses bovines à bacilles humains.

Donc, les bestiaux se contaminent surtout par le lait, et la tuberculose est contagieuse des animaux à l'homme, cette contagion se faisant par l'intermédiaire de la viande et du lait. Nous laissons de côté la contagion par la cohabitation, qui est un facteur pratiquement négligeable, ainsi que la souillure des viandes abattues, soit par les mouches, soit par ceux qui les manipulent, question qui est hors de notre sujet.

Par la viande, le danger est certainement beaucoup moins grand que par le lait, d'abord parce que, beaucoup moins souvent que le lait, elle contient des bacilles tuberculeux, ensuite parce qu'un simple examen, même pratiqué par un profane, suffit quelquefois à faire rejeter une viande malsaine, enfin parce que la cuisson réalise assez souvent une stérilisation complète. L'opinion de Calmette prétendant que les bacilles tuberculeux seraient aussi dangereux ingérés vivants que morts, ne semble pas démontrée indiscutablement, cette conception qui est vraie quand'il s'agit de la voie sous-cutanée, ne l'étant plus quand il s'agit de la voie gastrique.

La simple énumération des causes d'insalubrité de la viande nous montre que la viande de porc sera, à ce point de vue, beaucoup plus dangereuse que la viande des bovidés, cela, parce que la tuberculose du porc est beaucoup plus souvent généralisée, parce que les viscères, le plus souvent atteints, entrent tous dans l'alimentation, et parce que cette viande est surtout consommée crue (salée ou travaillée).

Pour protéger le public contre le danger d'ingestion des viandes malsaines, surtout tuberculeuses, différentes mesures ont été préconisées, dont le moindre inconvénient de plusieurs est d'être inapplicables ; ainsi la destruction des animaux tuberculeux, les bovins en particu-

lier, rendrait impossible l'élevage à cause des frais énormes qu'elle entraînerait : Martel rapporte que dans les vacheries de la Seine, 42 pour 100 des vaches sont tuberculeuses ; dans deux étables observées par Bertin-Sans et Comte, dans l'Hérault, l'une renfermait quatre vaches tuberculeuses sur cinq, l'autre onze sur quatorze. Le carnet sanitaire des bestiaux entraînerait une complication administrative difficile à imaginer, sans compter que les fuites résultant du déplacement d'animaux rendraient ce contrôle illusoire ; nous ne parlons pas de l'opposition des propriétaires qui verraient d'un mauvais œil une pareille complication et surtout l'immixtion de tant de fonctionnaires dans leurs affaires personnelles. La tuberculisation obligatoire ne peut rendre de services que si elle implique obligatoirement l'élimination des animaux ayant réagi, et que si elle a comme coopérateurs les propriétaires eux-mêmes ; or, il faudrait d'abord réformer leur mentalité et leur faire comprendre l'utilité de cette mesure ; il est impossible, d'autre part, d'abattre tous les animaux qui ont réagi, comme le permettrait la loi de 1896, inapplicable et d'ailleurs inappliquée. On a, en effet, calculé que l'application de cette mesure aurait causé une perte sèche d'environ 900 millions de francs à l'élevage français ; bien mieux, cette mesure serait inefficace en partie, car d'autres animaux deviendraient tuberculeux pendant qu'on abattrait les premiers.

La solution n'a pu être envisagée que par le contrôle effectif de tous les animaux abattus ou par la stérilisation des sous-produits de laiterie. La loi danoise a rendu cette dernière mesure obligatoire, et nous l'étudierons à propos du lait.

Le contrôle effectif de toutes les viandes livrées à la consommation a été réalisé en Belgique par la loi du

4 août 1890, qui constituait en même temps le corollaire obligatoire de cette première mesure, savoir la suppression de toutes les tueries particulières. Comme le nombre des vétérinaires en exercice n'aurait pas suffi à effectuer ce contrôle, on créa, dans les communes non pourvues d'un vétérinaire, des inspecteurs choisis parmi des gens ayant une instruction moyenne. Ces individus avant d'entrer en fonction sont envoyés en stage de quatre semaines dans les abattoirs des grands centres où ils voient les cas les plus fréquents qui peuvent se présenter. Evidemment, leur inspection n'offre pas la même garantie qu'une inspection faite par un homme du métier, c'est certain, mais elle permet d'éliminer les viandes présentant une cause d'insalubrité particulièrement visible, c'est-à-dire la plus grande partie des viandes malsaines. S'ils se trouvent en présence d'un cas douteux, ils en réfèrent au vétérinaire du secteur.

On peut dire que, grâce à cette organisation, la plus grande partie des viandes de mauvaise qualité sont écartées de la consommation en Belgique. Mais il en passe encore entre les mailles, et un projet de loi déposé il y a quelques années, demandait l'obligation d'une deuxième expertise pratiquée au domicile du débitant.

Malheureusement, la quantité de viande ainsi écartée de la consommation représente une perte sèche importante. On s'en rendra compte en songeant qu'une moyenne de douze cents animaux sont saisis complètement chaque année aux abattoirs de la Seine. Cette question est particulièrement importante à l'heure actuelle où la viande a atteint un prix élevé. Certains pays ont songé à utiliser ces viandes saisies pour la consommation, après une stérilisation contrôlée dans l'intérieur de l'abattoir. C'est ce qu'on a réalisé en Allemagne sous le nom de Freibank,

nom qui désigne les établissements dans lesquels, avant la guerre, on débitait à vil prix (0 fr. 40, 0 fr. 60 le kilo) : les morceaux qui, frais, avaient été jugés impropres à la consommation, mais qui ont été stérilisés et ainsi rendus inoffensifs.

Cette stérilisation, toujours effectuée à l'intérieur de l'abattoir, est ordinairement réalisée par chauffage pendant deux heures dans un autoclave à vapeur à basse pression.

Pour ce qui concerne le lait, la législation la plus complète est celle du Danemark. L'ensemble des mesures rendues légales depuis 1890, et qui porte le nom de méthode de Bang, consiste à rechercher les bovidés tuberculeux par l'emploi de la tuberculine, à isoler les atteints, à prévenir l'infection des veaux qui naissent généralement sains, en ne donnant au petit bétail que des laits et des sous-produits stérilisés par la chaleur, enfin, en sacrifiant toutes les vaches atteintes de mammites tuberculeuses. Dès 1898, une loi prescrivait :

1° De chauffer jusqu'à 85° le lait écrémé destiné à l'alimentation du bétail ;

2° D'abattre toute vache atteinte de tuberculose mammaire, moyennant une compensation égale aux trois quarts de la valeur marchande de l'animal si sa viande n'est pas propre à la consommation, et au quart si elle peut être consommée

Puis, en 1903, est votée « la loi concernant les mesures et dispositions préventives contre la tuberculose des bovidés et cochons » dont nous donnons les dispositions principales :

ARTICLE PREMIER. — La loi annuelle des finances réserve à la disposition du ministre de l'agriculture une somme

de 100.000 fr. par an, pour qu'il puisse seconder les propriétaires de bestiaux désireux de se servir de la tuberculine comme moyen de diagnostic dans la lutte contre la tuberculose parmi les bestiaux... La subvention ne sera accordée qu'aux propriétaires qui garantissent pouvoir isoler leurs bestiaux reconnus indemnes de ceux déclarés malades ou non encore soumis à l'épreuve de la tuberculine... Les propriétaires qui ne tiendraient pas leur engagement relativement à l'isolement, devront rembourser au Trésor la subvention qu'ils en ont reçue ;

ART. 5. — Les vaches atteintes de tuberculose mammaire seront abattues. L'abattage doit se faire sous le contrôle de la police vétérinaire ou dans un abattoir public. Il revient au propriétaire de l'animal abattu, à titre d'indemnité, un tiers de la valeur de boucherie de la bête... Pour la viande reconnue impropre à la nourriture de l'homme, il reviendra en outre au propriétaire, à titre d'indemnité, la moitié de la valeur totale de la viande refusée... La viande reconnue propre à servir de nourriture à l'homme sera mise à la libre disposition du propriétaire ;

ART. 6. — Il est interdit aux laiteries de livrer comme nourriture pour les bestiaux, du lait et du lait battu qui n'auraient pas été portés au moins à la température de 64° R. (80° C.)... Cette disposition s'applique également à la crème servant à faire du beurre destiné à l'exportation.

ART. 7. — L'importation en Danemark du lait et du lait battu de provenance étrangère, ne peut s'effectuer qu'à s'il est suffisamment prouvé que les produits en question ont été portés à une température de 64° R. au minimum.

La statistique montre qu'à la suite de l'application de ces mesures, le nombre des animaux réagissant à la

tuberculine est tombé de 40 pour 100 en 1893, à 15 pour 100 en 1903.

L'inconvénient, qui est le même pour les deux systèmes belge et danois, réside dans leur prix élevé, prix élevé dont les facteurs sont : l'augmentation du nombre de fonctionnaires qu'il nécessite, ensuite la perte sèche résultant de l'abattage des animaux malades ; mais cet argent dépensé n'est-il pas plutôt placé, comme ordinairement l'argent qu'on dépense pour des mesures hygiéniques ?

En France, on peut le dire, la protection contre les viandes malsaines est bien insuffisante, et pourtant les bonnes lois ne manquent pas ; c'est d'abord l'arrêté ministériel du 28 juin 1888, qui prescrit l'abattage des bovidés dont la tuberculose est cachectique ou généralisée, et la destruction de leur viande. C'est aussi les articles 42, 43, 44 et 63 de la loi du 21 juin 1898, appelée encore code rural, qui indique les conditions d'utilisation des viandes des animaux atteints de maladie contagieuse. Le règlement y annexé du 6 août 1904, qui précise, mais d'une façon encore trop vague, les conditions de saisie de ces viandes. C'est enfin la loi de salubrité de 1902, qui rappelle aux maires que le § 97 de la loi de 1884 les oblige à instituer « l'inspection de la salubrité des comestibles déposés en vente. »

En fait, c'est la loi sur les abattoirs publics et privés, promulguée le 8 janvier 1905, qui constitue le moyen le plus puissant pour contribuer à éliminer de la consommation les viandes malsaines. Avec le régime des taxes créées par cette loi, le contrôle des viandes sera assuré et la construction des abattoirs municipaux encouragée. Il nous manquera encore, pour avoir une organisation satisfaisante, au point de vue contrôle des viandes, l'obligation pour les communes de créer des abattoirs.

Nous devons signaler qu'en France, une ville, Roubaix, a organisé depuis 1901 la stérilisation des viandes tuberculeuses. Les résultats ont été excellents, et jamais on n'a observé un seul accident imputable à l'ingestion de ces viandes. Malheureusement, d'autres villes (Troyes, Versailles) qui avaient pris la même initiative, n'ont pu continuer à cause de l'opposition des bouchers.

Mais il ne suffit pas d'avoir un bon instrument, encore faut-il s'en servir ; or, nous avons vu que, d'une façon générale, c'est le plus gros inconvénient de toutes les lois françaises sur la salubrité publique.

Pratiquement donc, nous ne sommes défendus contre le danger d'absorption des viandes malsaines, que par l'inspection de ces viandes dans les abattoirs publics, là où ils existent. Il serait désirable que la loi institue l'obligation des abattoirs communaux (ce qui supprimerait du même coup les tueries particulières) et organise, d'une façon plus méthodique, l'inspection des animaux ; de plus, il faut que le porc soit assimilé aux bovidés pour les mesures qui visent la tuberculose. Quelques hygiénistes réclament en plus des précisions sur le mode de saisie des viandes malsaines non susceptibles d'être consommées après stérilisation et l'obligation de les dénaturer.

Pour le lait, il n'existe en France comme mesure de prophylaxie légale que l'arrêté ministériel du 28 juin 1888 qui vise en même temps les animaux tuberculeux, mais qui reste absolument lettre morte. La loi sur la santé publique de 1902, spécifie bien que le maire est tenu de protéger la santé publique et de prendre les précautions en vertu de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884. L'article 97 dont il s'agit et que nous avons déjà vu à l'occasion des mesures concernant la viande, a pour objet « d'inviter

les polices municipales à assurer l'inspection des comestibles exposés en vente ».

Ce texte est vague; en réalité, l'initiative personnelle des municipalités a seule joué un rôle, et il faut bien le dire, cette initiative personnelle, bien peu de villes l'ont prise. Il est cependant facile d'imiter l'exemple de Nice (1897), qui stimule la bonne volonté des laitiers qui consentent à soumettre leurs animaux à l'épreuve de la tuberculine en leur délivrant en échange un certificat et une plaque destinée à être apposée sur leurs récipients. Les consommateurs peuvent dès lors distinguer les produits non douteux. Ces laitiers voient prospérer leur clientèle et, chose rare digne d'être signalée, tout le monde, même l'hygiène, y trouve son compte. Dans le département de l'Hérault, un arrêté préfectoral du 21 juin 1901, institue le diplôme et la plaque pour les laitiers qui soumettent leurs vaches à l'épreuve de la tuberculine et s'engagent à ne livrer à la consommation que le lait provenant de ces vaches.

Ainsi donc, la loi française protégerait d'une façon presque satisfaisante le consommateur contre le danger d'absorption des viandes malsaines, mais sauf en ce qui concerne l'inspection des viandes dans les abattoirs, elle n'est pas appliquée, nous avons déjà vu pourquoi. Le maire devrait être déchargé de ce soin, qui serait confié à un corps de vétérinaires inspecteurs indépendants.

Il serait désirable que la tuberculose du porc soit visée par les lois qui visent la tuberculose des bovidés.

La suppression absolue des tueries particulières, réalisée dans certains départements comme l'Hérault, est une mesure qui supprimerait en même temps les viandes

foraines et empêcherait ainsi la plus grande partie des viandes malsaines d'être livrées à la consommation.

Il y aurait lieu, en outre de développer la stérilisation des viandes présentables provenant d'animaux complètement saisis, surtout en ce moment où le troupeau national a subi du fait de la guerre une diminution très sensible.

En ce qui concerne le lait « tout est à faire au point de vue législatif ». En 1904, un projet de loi, déposé par M. Delory et concernant la répression des fraudes dans le commerce du lait, a fait l'objet d'un rapport de M. L. Cornet, mais n'a pas encore été voté. Cette loi assurerait dans des conditions hygiéniques, la production, le transport et la vente du lait, ainsi que sa vérification. Il est à souhaiter que les municipalités suivent l'exemple donné par quelques unes d'entre elles, et que si du moins elles n'arrivent pas à la municipalisation du commerce, elles réalisent du moins le contrôle municipal du lait, aliment des enfants et des malades.

CHAPITRE III

LUTTE ANTIALCOOLIQUE

Comme le dit M. Clemenceau dans la préface de la monographie si complète de L. Jacquet : « Le procès de l'alcool est instruit depuis trop longtemps, la sentence même a été prononcée avec trop d'éclat et trop hautement publiée dans tous les territoires de la civilisation et de la barbarie, pour qu'il soit nécessaire de rouvrir indéfiniment le débat sur les résultats d'une expérience si chèrement payée ». Il n'entre pas dans notre plan de démontrer les liens étroits qui existent entre la mortalité par tuberculose et la consommation de l'alcool. Nous nous proposerons seulement de vérifier la réciproque qui pourra s'énoncer ainsi : puisque l'alcoolisme favorise la tuberculose, la lutte contre l'alcoolisme, si elle est efficace, sera en même temps une lutte antituberculeuse et on devra constater un abaissement de la mortalité par tuberculose en même temps qu'une diminution de la consommation de l'alcool.

Pour étudier ces variations, nous avons l'expérience d'un pays, la Suède, qui n'a employé, du moins jusqu'en 1897, aucune autre arme contre la tuberculose que la lutte

antialcoolique ; dans un autre ordre d'idée, c'est un des rares pays où la lutte contre l'alcool a donné des résultats efficaces, grâce au système dit de Gotembourg, du nom de la première ville où son évêque, Peter Vieselgren le prôna dès 1845.

L'alcoolisme était un fléau de la Suède et les pouvoirs publics étaient décidés à agir. La loi de 1855 est le point de départ du système. Elle supprime d'abord la distillerie rurale, qui était une distillerie à domicile, et laisse subsister, sous la surveillance, de l'Etat, les grandes distilleries qui logent un contrôleur relevant du ministère des finances ; pour la vente au détail au-dessous de 40 litres, la loi exige une patente, mais le nombre des licences est déclaré fixe pendant chaque année ; de plus, ces licences sont mises aux enchères auxquelles ne peuvent participer que les personnes honorablement connues.

C'est alors que joue l'initiative privée qui est la clé du système : certaines grandes sociétés philanthropiques se rendent acquéreurs de ces licences et les exploitent sans en tirer bénéfice. Bien au contraire, elles cherchent à restreindre la consommation de l'alcool, et pour cela elles emploient des moyens qui doivent détourner les consommateurs du cabaret ; « A la tête de chaque cabaret elles placent un gérant qui reçoit un traitement fixe ; en dehors de son traitement il peut réaliser des bénéfices sur la vente des aliments et des boissons non alcooliques, mais il ne touche pas un centime sur les bénéfices réalisés sur la vente de l'alcool. Le gérant n'a donc aucun intérêt à pousser ses clients à la consommation de l'eau de-vie et des liqueurs fortes ; bien au contraire, la perspective d'un gain l'encourage à répandre des boissons hygiéniques, et l'influence du cabaret est ainsi conjurée.

les lieux.

plus grand nombre d'individus qu'à l'ordinaire.

des boissons hygiéniques : thé, chocolat, lait, etc...

rait. La consommation de l'alcool, qui était de :

est tombée à : 11 » » 1880

mation, due uniquement à l'application du système de

Golembourg (ainsi que le prouve l'exemple du Denard)

qui lui, sans mesures analogues, voyait la consommation du poison croître chez lui pendant le même temps), est le fait de l'initiative privée qui a organisé le « sabotage » des cabarets. La suppression légale des distilleries fut le premier pas en avant.

La tuberculose, pendant ce temps diminuait dans les proportions suivantes :

La mortalité pour 1 million d'habitants qui était	
de 3240 pendant la période de 1870 à 1880	
passé à 3000 » » » » 1880 à 1890	
et à 2700 » » » » 1890 à 1900	

Mais ces chiffres ne mesurent pas tout à fait les résultats dus à la diminution de l'alcoolisme, car il faut tenir compte de ce fait que l'industrie suédoise s'organisait vers 1865 et qu'elle prit un essor tel que les conditions hygiéniques furent défavorables et agirent en sens inverse de l'action bienfaisante de la lutte antialcoolique, de sorte que les chiffres qui mesureraient l'action de la lutte antialcoolique sur la tuberculose seraient plus favorables que ceux donnés par cette statistique (1).

En somme, nous pouvons résumer en disant : 1° que le système de Göttembourg est réalisé par la mise en pratique de ce paradoxe : celui qui vend de l'alcool n'a pas d'intérêt dans cette vente ; 2° que l'application de ce système a réduit la consommation de l'alcool dans des proportions variant de trois à un.

(1) Quoi qu'il en soit, le pays est tellement satisfait des résultats (diminution de la tuberculose, des maladies mentales, des crimes et des délits), qu'il songe à prohiber absolument l'alcool boisson. Un referendum doit trancher la question.

Pour la France, malheureusement, le problème ne se pose pas de la même façon que dans beaucoup d'autres pays, la Suède en particulier parce que l'alcool, de par son mode de production, s'il est un fléau national, est aussi une richesse nationale.

Fléau national, pas besoin de démonstration. La consommation par tête s'y élève à quatorze litres d'alcool pur et est plus forte que dans n'importe quel autre pays du globe.

Richesse nationale : il rapporte, par an, un milliard cinq cents millions à ceux qui le produisent, occupe quatre à cinq millions d'individus qu'il fait vivre et fait rentrer environ cinq cents millions sous forme d'impôts dans les caisses de l'Etat.

Il est dès lors facile de comprendre la complexité du problème et nous n'avons pas la prétention d'apporter une solution là où tant de compétences ont échoué ; la question est bien plus politique qu'hygiénique, bien plus économique que scientifique ; comme le disait M. J. Reinach dans son rapport à la Chambre : « L'alcoolisme est un de ces problèmes qui mettent aux prises l'intérêt général contre le plus grand nombre d'intérêts particuliers » ; le mastroquet est « grand électeur » et là aussi, les législateurs qui ont tant soit peu le souci de leur réélection évitent de lui faire une peine dont il pourrait se souvenir ; aussi voyons-nous le privilège des bouilleurs de cru, aboli en août 1872 et mars 1903, après des séances longues et orageuses, rétabli chaque fois sans discussion en décembre 1875 et février 1906, à la veille des élections générales.

Le mal est-il donc sans remède et resterons-nous spectateurs impassibles de son développement ? L'opinion publique qui a demandé avec tant d'insistance des

mesures contre le commerce des stupéfiants n'élèvera-t-elle pas la voix ? Car le nombre des victimes des stupéfiants est infime par rapport aux victimes de l'alcool, « l'opium du prolétariat ! »

Le problème est d'autant plus impérieux que la guerre a singulièrement favorisé l'alcoolisme. Au front, les soldats ont souvent trouvé dans le vin ou l'eau-de-vie le coup de fouet nécessaire pour fournir un effort immédiat ou le dérivatif leur permettant de supporter la tristesse des longs jours passés dans la boue. A l'arrière, les jeunes, qui ont pris au travail la place de leurs aînés mobilisés, se sont cru obligés, puisqu'ils travaillaient comme des grands, de boire aussi comme eux, et qui n'a pas été frappé de la jeunesse de certains consommateurs attablés aux terrasses des cafés ?

Les mesures qu'on a proposées pour combattre l'alcoolisme peuvent s'adresser :

1° A l'alcoolique ;

2° A l'alcool ;

3° Au producteur ou débitant.

1. — Contre l'alcoolique, nous avons la loi du 23 janvier 1873 qui prévoit de l'amende pour les gens rencontrés en état d'ivresse ; mais, constatation que nous avons déjà faite, elle n'est pas appliquée. La loi du 1^{er} octobre 1917 augmente ces amendes et prévoit la prison en cas de récidive. En outre, les individus condamnés deux fois pour ivresse seront par le fait du deuxième jugement déchus de la puissance paternelle, de leur qualité d'électeurs et ne pourront plus être ni élus ni jurés. Mais cette loi de 1917 sera-t-elle plus appliquée que sa devancière ?

II. — Contre l'alcool :

On a d'abord cherché à le purifier parce qu'on croyait, comme l'avait affirmé Daremberg, que l'alcool était nuisible par ses impuretés et que « ce qu'il y avait de moins dangereux dans l'alcool, c'était l'alcool lui-même. » L'observation et de nombreuses expériences n'ont pas confirmé cette manière de voir.

On a songé à l'imposer fortement pour arrêter les progrès de l'alcoolisme. Souvent même, l'Etat n'a pas attendu qu'on lui fasse cette proposition et il a pris lui-même l'initiative de cette mesure. Il est vrai qu'il ne la prend qu'à titre purement financier, et qu'il croit si peu à son efficacité pour diminuer la consommation de l'alcool qu'il tient ordinairement compte dans ses évaluations budgétaires de la plus-value sur les impôts rentrés qu'entraîne l'application de cette surtaxe ; et les chiffres prouvent que son opinion est exacte : la consommation a à peine fléchi les années où ont été appliquées les nouvelles taxes pour reprendre sa marche ascensionnelle les années suivantes. Donc, cette mesure qui peut être efficace pour équilibrer un budget ne l'est pas pour combattre l'alcoolisme.

Enfin, la prohibition absolue, appliquée aux Etats-Unis sous le nom de loi du Maine a eu des résultats bien faibles et pas du tout en rapport avec ce qu'on aurait pu espérer. D'après cette loi, la production de l'alcool est absolument prohibée. Un seul agent, salarié par la municipalité, a le droit de vendre des boissons alcooliques pour les besoins de la médecine, des sciences et des arts. On peut perquisitionner chez les personnes soupçonnées de détenir de l'alcool et si cette perquisition est positive, c'est l'amende pouvant aller jusqu'à mille dollars et la prison pour dix mois. Les individus arrêtés

dans la rue en état d'ivresse sont détenus jusqu'à ce qu'ils indiquent la personne qui a livré l'alcool et qui est rendue responsable de tout le dommage causé. Mais il est arrivé ce qui arrive toujours en pareille occurrence : la production et la consommation clandestines de l'alcool ont considérablement augmenté, et, à l'heure actuelle, dix des dix-sept Etats qui avaient cette loi du Maine l'ont abandonnée.

Au point de vue qui nous intéresse, on peut dire que son application serait irréalisable en France : on objectera la prohibition de l'absinthe au début de la mobilisation ; mais cette mesure, prise par l'autorité militaire au moment où toutes les énergies étaient tendues vers la guerre, a bénéficié pour son application d'un concours de circonstances comme, espérons-le, il ne s'en rencontrera plus. Elle a supprimé l'absinthisme mais augmenté la consommation de ses succédanés, amers, bitters, etc., et puis sommes-nous sûrs qu'elle ne sera pas rapportée, malgré tous les vœux que font les hygiénistes pour son maintien ?

III. — Contre les vendeurs ou producteurs d'alcool-poison, qui ont intérêt à la consommation, nous devons constater que rien ou à peu près rien n'a été fait en France, et pourtant, ce sont ces mesures qui ont le plus de chances de réussir car elles respecteraient l'alcool industriel, qui deviendrait l'alcool-riche, pour frapper plus durement l'autre... mais c'est là qu'intervient le grand électeur.

Contre ces vendeurs ou producteurs, on peut lutter :

a) Par l'amélioration des logements ouvriers et la suppression des taudis ; car l'ouvrier, trouvant chez lui son confortable, n'aurait plus le même besoin du café, ce

« salon de la démocratie ». Il est banal de répéter que le taudis est pourvoyeur de l'alcoolisme. Nous avons, d'autre part, vu l'action encore plus directe qu'il exerce sur la tuberculose.

b) L'augmentation de la licence et la limitation du nombre des débits n'auraient pas à elles seules l'importance qu'on aurait cru pouvoir leur attribuer. Comme le fait habilement remarquer un auteur, si on mettait bout à bout les rues de Paris et qu'on divise la longueur ainsi obtenue par le nombre des débits, on trouverait un cabaret par vingt-six mètres environ ; croit-on que si, après diminution du nombre de ces établissements, on arrive à en trouver un tous les trente-neuf mètres, ce qui équivaldrait à une diminution d'un tiers, croit-on, dis-je, que la consommation de l'alcool serait influencée très sensiblement ? D'ailleurs la statistique hollandaise prouve que cet espoir ne se réalise pas. Cette mesure ne présente d'intérêt que si elle est le premier pas vers le sabotage, comme en Suède, ou vers le rachat, comme on l'a proposé en France, de tous les débits. Malheureusement la loi du 16 novembre 1915 qui, entre autres dispositions, limite le nombre des débits, n'est qu'une loi de demi-mesure car elle ne vise que ceux où l'on sert des boissons alcoolisées titrant plus de 23°. Quel moyen efficace de contrôle aura-t-on pour constater que dans un café on ne sert pas de boissons à un degré supérieur ?

c) Le monopole de l'État pour la fabrication et la vente de l'alcool n'a jamais eu la moindre influence sur sa consommation. Il suffit de rappeler que l'alcool est pour l'État une grande source de bénéfices et qu'il ne peut pas la laisser tarir. Un monopole banal aboutit au résultat paradoxal qui est fourni par la Suisse : l'État, qui s'est

réserve le monopole de vente de l'alcool, en est arrivé à faire de la réclame en faveur de ses produits que la régie a présentés au public comme « une boisson saine, hygiénique et exempte de toute substance nuisible à la santé ». Bien mieux, comme le public ne goûtait pas beaucoup l'eau-de-vie de régie, trop rectifiée, celle-ci ne trouvait rien de mieux pour donner satisfaction aux consommateurs, que de livrer de l'alcool contenant des impuretés : « afin de pouvoir faire des concessions aux préférences d'une certaine clientèle, dit un rapport, une partie de l'alcool brut de pommes de terre produit par le pays n'a pas été soumise à la rectification mais a été vendue sous forme d'alcool brut contenant un à un et demi pour mille d'impuretés. » L'état marchand pousse à la consommation de ses produits, et le monopole encourage le vice qu'il rêvait de détruire.

En Russie, l'Etat s'est réservé le monopole de la vente de l'alcool. Il le débite en flacons cachetés dans des magasins tenus par un fonctionnaire et où il est défendu de consommer; les tire-bouchons y sont d'ailleurs formellement interdits. Qu'est-il arrivé ? Au lieu de s'alcooliser au cabaret, on s'alcoolise devant la porte du magasin de vente, ou chez soi. Le nombre des contraventions pour ivresse publique a considérablement augmenté depuis l'application du monopole.

Donc, résultat de même ordre que celui qu'a obtenu la Suisse.

d) La suppression du privilège des bouilleurs de cru a fait couler des flots de salive et d'encre, et il forme encore, à l'heure actuelle, la base de beaucoup de programmes électoraux. Supprimé en 1872, rétabli en 1875,

abrogé en 1903, puis rétabli en 1906 (1), il montre, par ces alternatives, l'acharnement de la lutte qui s'est livrée pour lui. En tous cas, deux choses sont certaines :

La première, c'est que tous les États qui ont pu réaliser sa suppression ont vu la consommation de l'alcool diminuer chez eux de façon notable.

La seconde, c'est que les hygiénistes et les économistes sont d'accord pour demander sa suppression. Il n'y a que les bouilleurs qui résistent, et leur dernière victoire illustre le mot de Lord Roseberry : « Si l'État ne contrôle pas le commerce de l'alcool, c'est le commerce de l'alcool qui contrôle l'État. »

Que dire de l'initiative privée, sinon qu'elle n'a abouti à presque rien ? Le Français ne prise pas beaucoup les prêcheurs de morale et n'a pas, autant que les Anglo-Saxons surtout, la force morale individuelle nécessaire pour remporter sur lui-même des victoires intérieures.

Les sociétés antialcooliques ont dénoncé le danger par tous les moyens de publicité, conférences, affiches ; l'opinion publique est indifférente. Les nombreux débits de boissons non alcooliques qu'elles ont installés ont disparu faute de clients, résultat bien maigre à côté, par exemple, du développement très grand des « Temperance Hotels » en Angleterre. La pratique des sports en plein air aurait certainement contribué à détourner les

(1) Depuis le début de la guerre, ce privilège a subi une modification qui équivaut pratiquement à sa suppression. En effet, le propriétaire ne peut distiller que sous le contrôle effectif d'un agent de la régie, et l'alcool ainsi produit est immédiatement pris en charge par l'État. Malheureusement, des modifications tempèrent trop souvent cet état de chose dans un sens toujours favorable à la consommation familiale, de sorte qu'à force d'amendements, on peut craindre que nous revenions au privilège tel qu'il existait antérieurement.

jeunes de l'abus des boissons alcooliques. Malheureusement, les sociétés qui s'en occupent ne sont pas riches et sont obligées d'avoir leur siège social dans des cafés, où l'on consomme par occasion.

En résumé, si nous voulons atteindre l'alcoolisme « qui fait le lit de la tuberculose », il nous faut, indépendamment de la lutte contre le taudis, que nous avons déjà envisagée :

1. Des sanctions plus sévères contre les ivrognes ;
2. La limitation du nombre des débits, mesure qui permettrait éventuellement le rachat soit par l'Etat, soit par l'initiative privée ;
3. La suppression du privilège des bouilleurs.

Ces mesures ont déjà été maintes fois réclamées par les hygiénistes, et, dit G. Ballet, « ce sera l'un des étonnements de ceux qui viendront après nous de savoir que la coalition de certains intérêts particuliers ait, pendant plus de trente ans, compromis la santé physique et morale de la nation et fait échec aux mesures de salubrité publique que commandait de prendre la plus élémentaire prévoyance ».

CHAPITRE IV

ASSURANCES — SANATORIA

Le fait digne de remarque, dans la lutte contre la tuberculose en Allemagne, réside en ceci : on l'atteignit sans avoir cherché à l'atteindre, du moins au début, et cela par le jeu de deux institutions de prévoyance sociale : la caisse d'assurance contre la maladie et la caisse d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse. C'est pour les bonnes finances de ces caisses qu'on soigna les tuberculeux.

L'assurance obligatoire contre la maladie avait été créée dans tout l'empire par la loi du 15 juin 1883 pour toute personne âgée de plus de seize ans, dont le salaire ou traitement annuel est inférieur à 2.000 marcks. Les individus visés par cette loi sont répartis en plusieurs classes, suivant l'importance de leur salaire, et doivent faire partie d'une des caisses reconnues par l'Etat, dont il existe huit types :

- 1) Caisses d'assurance communales.
- 2) Caisses locales.
- 3) Caisses de fabriques.
- 4) Caisses d'entreprises de constructions.
- 5) Caisses de métiers.
- 6) Caisses libres industrielles.
- 7) Caisses libres d'états particuliers.
- 8) Caisses minières.

Nous n'entrerons pas dans le détail d'établissement et de fonctionnement de chacune de ces caisses. Disons seulement que les caisses locales, les plus importantes, comprennent autant d'adhérents que toutes les autres caisses réunies. C'est elles que nous allons prendre comme type de notre description.

La cotisation hebdomadaire est fixée à 2 pour 100 du salaire quotidien et varie d'après un barème dressé suivant l'importance du salaire ou traitement de l'assuré. Moyennant le versement de la cotisation, les adhérents ont droit, en cas de maladie :

1) A un secours, d'importance variable suivant leur classe, servi en général pendant treize semaines, mais qui peut être prolongé pendant une période maximum de une année et peut atteindre les trois-quarts du salaire normal.

2) Aux soins gratuits du médecin, aux médicaments et appareils orthopédiques ou lunettes.

3) En cas de décès, à une « indemnité mortuaire » versée à leur famille et égale à vingt fois le salaire moyen.

L'assurance contre l'invalidité et la vieillesse a été rendue obligatoire par une loi impériale du 22 février 1889. Elle vise la même catégorie de travailleurs que la loi d'assurance contre la maladie, c'est à-dire les salariés dont le gain annuel est inférieur à 2.000 Mk ; mais à la différence des caisses de maladie, il n'en existe qu'un type : la caisse d'Etat, à raison d'une part état, soit trente et une pour tout l'empire. Les assurés sont aussi répartis en quatre classes, suivant l'importance de leur salaire, et versent proportionnellement à ce salaire :

Ceux de la 1 ^{re} cl. gagnant		moins de 350 Mk. versent		14 Pf. par semaine	
—	2 ^{me} cl.	—	de 350 à 550 Mk.	—	20 Pf.
—	3 ^{me} cl.	—	de 550 à 850 Mk.	—	25 Pf.
—	4 ^{me} cl.	—	plus de 850 Mk.	—	30 Pf.
4					

Ces versements sont effectués au moyen de timbres collés sur la carte de l'ouvrier et sont payés moitié par l'ouvrier, moitié par le patron, et l'ouvrier augmenté de salaire passe automatiquement d'une classe dans l'autre.

Si l'ouvrier devient invalide, il touche une rente fixée de la façon suivante :

A la somme de 50 marks, part fixe de l'Etat, on ajoute la part de l'assurance, variable suivant la catégorie de l'assuré, plus une somme proportionnelle au nombre et à la valeur des timbres collés sur le carnet de l'ouvrier et indiquée par le tableau suivant :

CATÉGORIE	PART FIXE DE L'ÉTAT	PART DE L'ASSURANCE
1 ^{re}	50 MK	60 MK plus un 0,02 1 ^{re} cl.
2 ^{me}		70 — supplément 0,06 pour chaque 2 ^{me} cl.
3 ^{me}		80 — de : 0,09 timbre de : 3 ^{me} cl.
4 ^{me}		90 — de : 0,13 4 ^{me} cl.

La rente de vieillesse est due à partir de 70 ans.

Celle d'invalidité, lorsque, suivant la loi : « l'état intellectuel ou matériel de l'intéressé ne lui permet plus de gagner une rétribution égale au 1/6^e du salaire moyen qu'il a reçu dans les cinq dernières années, augmentée du 1/6^e du salaire moyen annuel d'un journalier dans la localité où il a travaillé en dernier lieu. »

En aucun cas, cette rente ne peut dépasser 200 MK par an.

Comme nous le disions plus haut, la tuberculose fut atteinte sans avoir été visée, et voici comment : Les établissements d'assurance remarquèrent que la majeure partie des rentes pour invalidité étaient servies à des phtisiques. Justement Brehmer et son élève Dettweiler venaient de créer, en Allemagne, le premier sanatorium,

et de relater les résultats encourageants qu'ils avaient obtenus. Certains directeurs de caisses d'assurance pensèrent qu'il y avait peut-être là un moyen de faire faire des économies à leurs compagnies : guérir les tuberculeux et ainsi se libérer des primes de maladie ou d'invalidité. L'essai fut tenté, et le premier sanatorium populaire installé à Grabowsee, à une quarantaine de kilomètres de Berlin, dans des baraquements ayant servi d'infirmierie lors de la construction du canal de Kiel. Les résultats financiers furent concluants, et c'est de là que date la construction des sanatoria populaires en Allemagne.

Le fonctionnement de ces établissements est fort simple, l'ouvrier malade, quelquefois averti par les ouvriers enquêteurs, va trouver le médecin de la caisse dont il fait partie qui fait une demande d'admission au comité central. Cette demande peut d'ailleurs être faite par le patron ou le médecin de l'intéressé ou même par les stations hygiéniques qui existent dans presque toutes les communes et qui sont tenues en général par des diaconesses. L'ouvrier va subir dans un sanatorium de la caisse dont il fait partie, un traitement dont la durée est en général de trois mois, mais qui peut être augmentée lorsque le médecin estime que le malade doit retirer un grand bénéfice de cette prolongation de cure.

Ajoutons que l'action de l'assurance ne s'arrête pas à la sortie du malade du sanatorium, mais se continue après ; elle intervient auprès du patron pour qu'il donne au convalescent un travail léger ; de plus, elle suit l'ouvrier et l'aide au moyen de bons de lait, de viande, de médicaments et, au besoin même, d'argent.

Les résultats ? Ils sont assez éloquentes. Ne retenant

que le chiffre global, nous voyons que la mortalité par tuberculose qui était de :

37 pour 10.000 en 1886
est tombé à 22 » » en 1902
et à 20 environ » en 1909

Soit une diminution de 45 pour 100. Le nombre des guérisons solides, permettant à l'ouvrier de reprendre son travail est de 50 pour 100 environ, et cette proportion tend à augmenter par suite de l'amélioration du recrutement et du dépistage des pré tuberculeux. Pour la caisse de Berlin par exemple, sur les malades hommes renvoyés en 1908, avec capacité de gain, 89,5 pour 100 étaient encore dans le même état en 1914, soit quatre ans après. La même constatation faite pour les femmes montre un pourcentage atteignant 94 pour 100. Cette caisse de Berlin voyait le nombre des pensions servies par elle à des tuberculeux passer de 909 en 1902, à 565 en 1912, bien que le nombre de ses assurés ait augmenté. D'autre part, les résultats fournis par ces assurances furent si encourageants, que depuis le 1^{er} janvier 1913, on en a étendu l'obligation à tous les salariés ou fonctionnaires dont le traitement est inférieur à 5000 marks.

Tous ces chiffres, certes, ont leur éloquence, mais à notre avis l'action des sanatoria est encore plus forte qu'elle semblerait par la lecture de ces statistiques, et voici pourquoi : le sanatorium a un rôle prophylactique beaucoup plus puissant que son rôle thérapeutique : le malade, en effet, qui entre au sanatorium va être séparé de sa famille pour laquelle il était une source intarissable de contagion. Suivant le règlement du sanatorium, il ne crachera désormais que dans un crachoir, et voilà

une source de production et de dissémination de bacilles tarie ; obligé de se soumettre aux mesures d'hygiène dont on lui expliquera l'utilité, il en sentira d'abord les bienfaits, ensuite le besoin. Il comprendra, en outre, que si, négligent, il est un véritable danger social. par contre il n'est pas du tout à craindre s'il est respectueux des règles de l'hygiène, et notre malade, sortant du sanatorium après ses trois mois de cure qui auront été en même temps pour lui trois mois de *travaux pratiques* d'hygiène et de prophylaxie individuelles anti-tuberculeuses, notre malade, dis-je, deviendra un missionnaire hygiénique : guéri et de retour chez lui, il sera un vivant exemple qui donnera à ceux qui viennent d'être frappés l'espoir qui leur fait tant de bien et dont ils ont tant besoin, et ces malheureux, au lieu de cacher leur maladie comme ils sont tentés naturellement de le faire, n'en auront que plus le désir de se soigner d'une façon précoce.

Donc, le sanatorium éduque tous les tuberculeux et en guérit une bonne partie.

Les inconvénients de ce système ? Nous ne nous attarderons pas au reproche qu'on a fait aux sanatoria d'être dangereux pour la région dans laquelle ils sont construits ; ce reproche, fait par des élus, maire ou député, à quelquefois singulièrement compliqué l'installation des stations sanitaires pendant la guerre... Toutes les observations non seulement démentent cette conception qu'on aurait pu avoir *a priori*, mais, belle illustration de l'efficacité de l'hygiène, montrent que la contagion est moins fréquente dans les sanatoria ou autour d'eux, que partout ailleurs. Que de fois avons-nous vu dans des sanatoria suisses des jeunes femmes venir se placer comme servantes parce qu'elles étaient anémiques ou

convalescentes d'affections pulmonaires et recouvrer rapidement une bonne santé malgré la contagion apparente de tous les instants !

Non, l'inconvénient principal de ce système, c'est, comme toujours, son prix. Les détracteurs, peu nombreux il est vrai, prétendent que son rendement est minime comparé au capital énorme immobilisé, qu'il ne peut bien fonctionner que dans un pays très discipliné, et qu'il agit en sens contraire de la sélection naturelle.

Rendement minime ? Nous verrons qu'il n'est pas besoin de construire des établissements aussi luxueux que les derniers construits par les Allemands ; ensuite, pourquoi ce qui est économique pour des entreprises privées allemandes, les caisses d'assurance, ne le serait-il pas chez nous ? L'origine de la cure de la tuberculose par le sanatorium fait uniquement dans l'intérêt des sociétés d'assurance diminue singulièrement la valeur de cette assertion :

La mentalité des malades ? Elle est ce qu'on la fait, et nous connaissons des sanatoria français où la discipline est aussi stricte que partout ailleurs.

On a dit aussi que le sanatorium pouvait nuire à la société, en empêchant l'élimination naturelle des individus de constitution faible et en leur permettant de procréer des enfants qui hériteraient de leurs tares et seraient une proie toute désignée pour les maladies. Cette doctrine, si elle était suivie, aboutirait à rien moins qu'au fatalisme, elle serait la négation de l'hygiène et l'apologie du moindre effort.

Nous ne retiendrons contre cette méthode que son prix assez élevé et l'immobilisation de capitaux représentés par les immeubles-sanatoria.

Comparé au système anglais de la prophylaxie par l'hygiène de l'habitation, ce système présenterait comme avantage de ne pas nécessiter la création de fonctionnaires, de médecins sanitaires et de ne pas élarger au budget, puisque les frais sont payés par une compagnie d'assurance alimentée par l'ouvrier et le patron. Par contre, le système anglais a pour lui qu'il est universel, c'est à-dire qu'il s'applique à tous les habitants et non aux seuls malades, comme le système des assurances-sanatoria et de plus, qu'il combat en même temps toutes les maladies.

Mais, diront plusieurs, voilà un système qui a donné de très bons résultats en Allemagne, appliquons-le donc sans tarder ; point n'est besoin d'établissements colossaux offrant un luxe tel que, pour certains, le lit revient à 18.000 Mk ! Faisons le « sanatorium improvisé » ou bien aménageons en sanatoria des immeubles présentant une situation favorable. Eh bien non ! la question est déplacée. Le sanatorium est une des dernières pierres de l'édifice antituberculeux, et il ne peut rendre des services que s'il vit sous l'aile de l'assurance ; autrement, nous aurons le spectacle lamentable que nous avons eu souvent sous les yeux : un homme d'âge moyen entre au sanatorium pour une forme légère et curable de tuberculose pulmonaire. Débarrassé de ses soucis, au repos et à l'air, il se métamorphose, prend du poids et avance rapidement sur le chemin de la guérison ; mais un jour, nous le trouvons soucieux : aux questions que nous lui posons, il répond que sa femme est venue le voir : elle lui a dépeint le logis sans feu, les enfants sans pain ; alors notre malade change de caractère, il devient triste et se mine jusqu'au jour où, las de penser à la misère des siens, il sort pour y mettre un terme en travaillant ;

mais hélas ! ses forces le trahissent et quelques mois plus tard, il rentre définitivement au sanatorium pour y mourir. Il lui a manqué, pour refaire sa santé, une avance d'argent qui aurait permis à sa famille de patienter jusqu'à sa guérison :

Il existe bien des sanatoria populaires en France, malheureusement, trop souvent, ce nom ne décore que le service d'isolement des tuberculeux d'un hôpital, service créé en exécution de la loi de 1906. Cette manière de faire présente un grand inconvénient qui est que le sanatorium a exactement le rôle contraire à celui que leur avaient assigné les fondateurs : Brehmer, Dettweiler, Panwitz, avaient fondé des « Lungenheilstätte », c'est-à-dire des endroits où on guérit les maladies de poitrine, et on peut dire qu'en Allemagne, on ne meurt pas dans les sanatoria populaires ; pour le public français, au contraire, le mot sanatorium signifie beaucoup plus : lieu où mettent les tuberculeux. Certain est qualifié par les malades eux-mêmes d'« antichambre du cimetière ». On comprend facilement l'importance de ce détail qui influe beaucoup sur le moral des tuberculeux : et ceci est tellement vrai qu'on a créé un mot nouveau : preventorium, pour désigner ce que signifiait primitivement le mot sanatorium devenu épouvantail. Voici la définition que Küss donne du sanatorium populaire : « c'est un établissement fermé, réservé au traitement des formes curables de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, situé à la campagne dans des conditions permettant d'utiliser au maximum l'action thérapeutique des agents physiques, dirigé dans tous les détails du traitement par un médecin résidant, maître de la discipline des malades et de l'hygiène du sanatorium. Tout établissement qui ne répond pas à cette dé-

« finition, ne peut pas et ne doit pas être considéré comme un sanatorium »

En France, il n'existe rien de comparable à ce qui existe en Allemagne. Un effort intéressant du côté de l'Assistance sanatorium a été tenté avec plein succès pendant la guerre, grâce à la coopération des ministères de la guerre et de l'intérieur, pour soigner les militaires réformés pour tuberculose. Cette organisation établit tout un programme de lutte antituberculeuse, et nous allons l'exposer rapidement sans entrer dans les détails administratifs.

Les militaires en traitement pour tuberculose uniquement pulmonaire, proposés pour la réforme et non encore rayés des contrôles sont confiés, par l'administration militaire à l'administration de l'Assistance pour une durée de trois mois. Moyennant un prix de journée forfaitaire, ils reçoivent, dans des établissements désignés sous le nom de station sanitaire, les soins que nécessite leur état et l'éducation antituberculeuse qui les rendra inoffensifs pour leur entourage. Mais là ne s'arrête pas l'aide qui est due à ces « blessés de la tuberculose ». A leur sortie de la station sanitaire, ils sont signalés par le médecin chef : d'une part au préfet du département où ils habitent, d'autre part à un médecin désigné à l'avance dans ce même département, à qui on fournit, sous le couvert du secret professionnel, les renseignements médicaux qu'il ne pourra fournir qu'à un médecin traitant. Le préfet signale à son tour ces malades au comité départemental d'assistance aux réformés pour tuberculose qui les prend sous sa protection et leur donnera toute son assistance morale, matérielle et pécuniaire. Il sera visité régulièrement par les moniteurs d'hygiène de ce comité qui l'empêcheront d'oublier et au besoin le forceront à

mettre en pratique les moyens propres à ne pas disséminer la tuberculose autour de lui. De plus, grâce à cette tutelle, le réformé pourra, à la moindre offensive de sa maladie, recevoir les soins nécessaires dans un établissement où il aura été transporté par les soins du comité.

Remarquons que cet essai de traitement sanatoria^l comprend à sa base l'assistance au tuberculeux (représentée par la pension) et à sa famille (représentée par l'allocation militaire).

De ce que nous venons d'exposer il ressort que nous avons dans l'Assistance au tuberculeux, assistance ayant comme suite logique le traitement dans un sanatorium, une arme antituberculeuse très efficace, aussi bien thérapeutique que prophylactique. Sans en faire le pilier de la lutte antituberculeuse, nous ne devons pas la négliger, d'autant plus qu'elle présente un côté économique intéressant.

CHAPITRE V

Nous venons de voir les divers aspects de la lutte antituberculeuse et les résultats obtenus. Les chiffres montrent que dans divers pays où, comme nous l'avons déjà dit, on n'a envisagé la lutte antituberculeuse que sous un des aspects que nous avons décrits, la mortalité par phtisie a diminué dans des proportions intéressantes. Mais il est certain qu'en faisant diminuer en même temps tous les facteurs de la tuberculose, la diminution totale serait la somme de toutes les diminutions partielles. c'est ce qu'ont fait les gouvernements. L'Angleterre qui avait débuté par l'assainissement de l'habitation, réglemente ensuite la production et la vente du lait, et arrive, en 1912, à l'assurance et à la déclaration obligatoires. Le Danemark, qui avait commencé par poursuivre la tuberculose des bestiaux et l'assainissement du lait, en arrive à assurer aux tuberculeux l'assistance sous toutes ses formes, de sorte que la législation antituberculeuse de ce petit pays est un modèle qui devrait servir aux grands. L'Allemagne, qui avait débuté par l'assistance, en arrive, pour parfaire son œuvre, au système anglais.

En France, nous avons, en ce qui concerne chacune de ces modalités de la lutte antituberculeuse, mais sauf pour l'assistance, des lois qui, à un examen superficiel, peuvent paraître suffisantes. Malheureusement, elles

sont pour la plupart inappliquées ou, du moins, appliquées sans méthode : les unes, en effet, dépendent des maires, d'autres des préfets, d'autres des ministères de l'Intérieur, de la Guerre, de la Marine, des Finances, du Travail et de la Prévoyance Sociale et même de l'Agriculture. Pourtant, dans cette campagne, il est de toute nécessité que nous ayons un commandement unique et un programme.

Le commandement unique serait réalisé grâce à un ministère de l'hygiène que beaucoup réclament, ou tout au moins par la création d'une direction des services antituberculeux à l'un des ministères de l'intérieur ou du travail.

Le programme ? Après un scepticisme passager causé par ce fait qu'on avait cru trouver le bacille de Koch partout où on l'avait cherché, des esprits distingués s'étaient demandé si vraiment il était utile de lutter contre le bacille lui-même puisqu'il était partout. Ces auteurs ne considéraient la lutte antituberculeuse que comme le renforcement de la défense de l'individu, la défense contre le bacille devant être abandonnée comme inefficace et partant onéreuse. Aujourd'hui, grâce à des recherches précises sur le mode de contagion (Chauveau, Cornet, Pflugge, Küss) et devant l'augmentation périlleuse de la tuberculose, l'unanimité s'est faite là aussi, et le programme est simple à énoncer : Combattre la tuberculose par tous les moyens dont nous pouvons disposer.

Mais où l'union ne persiste pas, c'est quand il faut déterminer la méthode par laquelle on veut commencer ou à laquelle on veut faire jouer le rôle le plus important. Certains donnent leurs préférences à la prophylaxie de l'habitation, méthode anglaise ; d'autres à la méthode allemande de l'Assurance-Sanatorium ; d'autres

enfin voudraient voir la lutte antituberculeuse se résumer presque entièrement à la lutte antialcoolique, qui aurait l'avantage de diminuer en même temps beaucoup d'autres déchéances de l'organisme.

Avant d'envisager comment ces méthodes pourraient être appliquées chez nous, nous allons exposer un système, de conception française celui-là, de lutte antituberculeuse, système qui non seulement n'exclut pas les autres, mais, au contraire, a le double avantage de faciliter l'application de chacun et de servir de trait d'union entre tous : nous voulons dire le dispensaire. Cette institution, déjà réalisée sous un autre nom par les Comités Départementaux d'Assistance aux Militaires réformés pour tuberculose est devenue légale par la loi du 7 avril 1916, car elle est obligatoire, après enquête pour les communes où la mortalité par tuberculose de cinq années consécutives est supérieure à la mortalité moyenne de la France.

Qu'est-ce que le dispensaire ?

Nous ne pouvons en donner une meilleure définition que celle de son fondateur, le professeur Calmette, de Lille : « C'est une institution dont le but doit être de rechercher, d'attirer et de retenir, par une propagande active, par des conseils judicieusement donnés, par des secours appropriés aux besoins réels et aux circonstances, ceux qui, parmi les gens du peuple privés de ressources, sont plus particulièrement exposés à la contagion tuberculeuse et ceux qui sont déjà atteints. L'œuvre assainit les logements par des désinfections répétées à intervalles réguliers ; elle distribue des crachoirs de poche, des antiseptiques aux cracheurs de bacilles, elle procure, lorsque cela est nécessaire, un logement plus salubre ; elle lessive gratuitement le linge pour éviter la

contagion dans la famille et hors de la famille ; elle sélectionne les malades curables qui peuvent être utilement envoyés dans un sanatorium. Elle prend en charge les convalescents récemment sortis des établissements de cure ; elle dirige vers les hôpitaux d'isolement ceux qui sont dangereux pour leur entourage ou qui ont besoin de soins spéciaux ; elle fait les demandes utiles auprès de la bienfaisance privée, des patrons, des sociétés de secours mutuels, pour obtenir des secours qui permettent de rétablir le malade s'il n'est pas trop gravement atteint et de le rendre à son travail ; elle recueille enfin l'enfant du tuberculeux pour le placer à la campagne ou dans un sanatorium marin en vue de le guérir s'il est déjà touché par le bacille ou de le mettre à l'abri de toute occasion d'infection s'il est encore indemne.

» On comprend facilement qu'une telle œuvre présente une extrême souplesse d'organisation et de fonctionnement. On peut l'adopter aux besoins particuliers de chaque ville, de chaque quartier, de chaque collectivité, de chaque groupement de communes rurales. Elle se prête à des compressions, à des extensions ou à des modifications incessantes suivant les ressources dont elle dispose.

» Elle ne nécessite, en fait, aucune installation coûteuse. Un local très simple peut lui suffire. Il ne comporte que le matériel strictement indispensable aux investigations cliniques, à la désinfection des logements et, autant que possible, au blanchissage du linge ; car le linge souillé de crachats tuberculeux est, dans la famille et hors de celle-ci, l'un des plus importants facteurs de propagation de la maladie. Le personnel technique, chargé d'assurer son fonctionnement peut être réduit à un médecin et à un ou deux enquêteurs, moniteur ou monitrice d'hygiène. Son budget présente

donc une élasticité que ne présentent pas les établissements d'assistance, trop souvent oberés par leurs frais généraux.

» Le médecin d'un dispensaire d'hygiène sociale doit être à la fois bon clinicien et bon hygiéniste ; il faut que l'usage des procédés de diagnostic précoce de la tuberculose et des moyens les plus parfaits d'exploration clinique lui soient familiers ; mais il faut qu'il ait aussi la volonté d'éduquer ses malades, qu'il se donne la peine de les revoir souvent, de rester en contact pour ainsi dire permanent avec eux et avec leur famille. C'est à lui qu'il appartient de déterminer la forme et le mode d'assistance qui conviennent le mieux dans chaque cas particulier. Il a le droit de s'abstenir des interventions thérapeutiques inutiles et coûteuses, mais il faut, cependant, qu'il assure à ses malades le meilleur traitement approprié à leur état, et qu'il sache garder toute leur confiance.

» Avec la claire vision du rôle social qu'il a à remplir, il comprendra que sa fonction essentielle est d'organiser la prophylaxie antituberculeuse dans la famille. Il apportera enfin à l'accomplissement de sa mission éducatrice toute l'obstination, tout le dévouement, toute l'énergie dont il est capable.

» Il ne faut pas se dissimuler cependant que ses instructions risqueraient d'être mal comprises et ses conseils peu suivis, si son intervention n'était pas complétée, prolongée par celle du moniteur d'hygiène.

» Ce dernier constitue, à proprement parler, la cheville ouvrière de l'œuvre. C'est lui qui visite périodiquement à domicile le malade, en camarade compatissant et dévoué ; il cause amicalement avec les parents ou avec les enfants, s'inquiète de leurs besoins ou de leur manière

de vivre, de leurs habitudes, de leurs ressources, des personnes, des institutions ou des associations charitables susceptibles de les aider. C'est lui qui explique l'usage des antiseptiques et des crachoirs de poche. C'est lui qui démontre les inconvénients du balayage à sec, les dangers de contagion par les crachats et par le lait de provenance suspecte, les périls de l'alcool, les bienfaits de la sobriété et de la propreté. Il persuade au malade que s'il veut éviter de se contagionner à nouveau au fur et à mesure qu'il marche vers la guérison, il ne doit pas disséminer partout ses produits d'expectoration et cet argument *ad hominem* entraîne mieux la conviction que les plus beaux discours.

» Le moniteur d'hygiène, pour être compris et écouté partout et sans défiance, doit être un homme du peuple, intelligent, actif, dévoué, capable d'initiative et d'autorité, convaincu de l'importance sociale de la mission qui lui est confiée. »

Signalons que pour remplir bénévolement le rôle de moniteur d'hygiène et seconder les dispensaires dans la tâche, devenue immense du fait de la guerre, qu'ils ont à accomplir, s'est fondée à Paris, en 1914, l'*Association des Dames Visiteuses de France*.

Voyons maintenant comment, grâce au dispensaire, l'application des mesures destinées à lutter contre la tuberculose va être simplifiée.

Au point de vue de l'hygiène et de la salubrité des logements, le moniteur pourra noter soigneusement, lors de sa visite le nom et l'adresse du malade qu'il transmet au casier sanitaire ainsi que tous renseignements utiles sur une fiche spéciale comportant un questionnaire. Ce casier sanitaire aura ainsi tous les éléments qui lui permettront d'établir le coefficient sanitaire de l'immeuble.

Le visiteur s'assurera que la désinfection des locaux où séjournent des tuberculeux, complètement indispensable de la lutte contre le taudis, est pratiquée régulièrement par le dispensaire, que le linge qui a servi au bacillaire est enlevé régulièrement dans un sac fermé et rapporté blanchi, que le malade couche seul, dans une chambre fréquemment aérée, d'où sont bannis rideaux et tapis inutiles. Il tiendra sévèrement la main à ce que le malade ne crache que dans son crachoir, et au besoin pour arriver à ce résultat, il n'hésitera pas à recourir à des sanctions : suppression temporaire de secours et même hospitalisation d'office ; la première aurait au moins pour résultat que la famille du malade serait la première intéressée à ce qu'il observe cette prescription.

Si nous ne demandons pas contre cette pratique de sanctions légales comme il en existe dans certaines stations climatiques européennes et dans certains Etats d'Amérique du Nord, c'est parce qu'elles grossiraient le nombre de celles qui ne sont pas appliquées ; mais nous estimons qu'une sanction est nécessaire, car à ceux qui comptent uniquement sur l'éducation et l'instruction pour faire disparaître cette habitude, nous dirons que nous n'avons jamais enregistré pareil succès ; au contraire, les malades du sanatorium populaire, parfaitement instruits de leur maladie, de son agent et du danger de leurs crachats expectorent tous à terre quand ils sortent ; cela par négligence et manque de conscience d'abord, puisqu'ils le font quand ils ne sont pas vus, ensuite par crainte d'être remarqués dans la rue, s'ils se servaient du crachoir de poche. A ce propos, l'un d'eux nous contait dernièrement qu'en s'étant assis sur un banc d'une promenade publique à côté d'une famille bourgeoise et ayant craché dans son crachoir de poche, tous les mem-

bres de cette famille se levèrent courroucés, contre lui. Inutile de dire qu'on aurait parfaitement toléré et trouvé beaucoup plus naturel qu'il projetât à terre ses crachats très riches en bacilles. Ce fait banal qui se répète bien souvent montrerait, si ce fait avait encore besoin de démonstration, dans quelle ignorance de l'hygiène vit même la classe moyenne.

Au point de vue de la lutte contre les aliments insalubres ou l'alcoolisme, le dispensaire agira par l'instruction de ses malades, par les conseils du médecin, par les causeries amicales du moniteur, qui insistera sur la nécessité de faire bouillir le lait, de s'abstenir de boissons alcooliques, et qui, au besoin, signalerait à son médecin-chef ceux qui se laisseraient aller à l'intempérance.

Au point de vue de la cure, le dispensaire pratiquerait gratuitement pour les indigents les analyses de crachats qui permettraient d'affirmer un diagnostic souvent hésitant. Connaissant tous les malades, il ferait sans peine cette sélection des tuberculeux qui est si instamment demandée par les sanatoria populaires, et enverrait dans les sanatoria psoprements dits, ceux dont l'état laisse encore espérer une chance de guérison, dans des hôpitaux spéciaux ceux dont l'état réclame des soins particuliers qu'ils ne peuvent recevoir chez eux ; c'est encore le dispensaire qui, à la suite du rapport du moniteur, proposerait l'envoi dans un sanatorium de mer ou de montagne ou dans une colonie agricole des enfants trop exposés à la contagion par suite du manque de précautions ou de l'état avancé de la maladie de leurs parents.

Enfin, par l'instruction qu'il rayonnerait, le dispensaire faciliterait l'application des lois d'hygiène dont les masses comprendraient l'utilité, car c'est surtout à propos

de ses prescriptions qu'il est vrai que : persuasion vaut mieux que violence. L'exemple des soins et de la bienveillance dont on verrait le malade entouré ferait admettre plus facilement par les classes laborieuses la modeste retenue sur leur salaire qui les garantirait des mêmes soins pour eux et de la même assistance pour leur famille au cas où ils seraient frappés à leur tour.

Autour du dispensaire mais toujours en collaboration étroite avec lui, les bureaux d'hygiène, les inspections départementales, les médecins sanitaires verraient leur tâche grandement facilitée ; le dispensaire étant pour le tuberculeux un second foyer, tous les renseignements le concernant pourraient être fournis en bloc d'une façon plus précise.

Ce dispensaire modestement mais complètement installé fonctionnerait sans grandes dépenses, les fonds distribués par lui ne faisant que changer de dénomination : l'indigent tuberculeux par exemple recevant des bons de pain, de viande et de médicaments par son intermédiaire au lieu de les recevoir du bureau de bienfaisance. Où le besoin d'argent se ferait le plus sentir, c'est pour assurer l'existence des sanatoria et l'assistance aux familles des tuberculeux. Pour cela, la meilleure solution est sans contredit la création de caisses d'assurances qui, somme toute, peuvent ressembler à celles qu'ont fondées les Allemands et qui ont fait leurs preuves, d'autant plus que, ainsi que le déclarait M. Millèrand, au Congrès de la tuberculose de 1905, nous avons l'organisation qui, grâce à de petites modifications, peut servir de charpente à la caisse d'assurance obligatoire des petits salariés : c'est la société de secours mutuels. L'Etat ferait à ces sociétés des avances de capitaux pour la construction et l'aménagement de leurs sanatoria. Mais nous estimons que c'est

une dépense inutile que de construire des établissements semblables à ces « Palaces-Sanatoria » enfantés par la mégalomanie de nos voisins ; sans vouloir le « Sanatorium-Baraque », préconisé par les Américains, nous pensons que la vraie formule se trouverait dans un type intermédiaire ; car c'est un mauvais service que d'habituer à un luxe passager des individus qui, portés par leur maladie à être toujours mécontents, auront à leur retour chez eux une cause de récrimination nouvelle en comparant la misère de leur logis au super-confortable dont ils auront joui pendant leur cure.

Quant à la question de la spécialisation du sanatorium, elle ne se poserait plus par la définition même du dispensaire, qui n'y enverrait que ceux de ses protégés susceptibles de bénéficier de cette cure, c'est-à-dire les tuberculeux jeunes, au début de leur affection. Pour les autres, qui, par application de la circulaire ministérielle de 1904, ne peuvent plus être hospitalisés dans les salles communes, il y aurait lieu de créer, à proximité des grosses agglomérations des établissements semblables à ce qu'est « Bon Accueil » pour Montpellier, établissements auxquels le professeur Gaussel a donné le nom d'hôpital-sanatorium. C'est un service d'hôpital, réservé aux tuberculeux, mais dans lequel ces malades bénéficient des avantages de la cure sanatoriale. C'est là aussi que séjourneraient les tuberculeux légers attendant leur envoi dans un sanatorium proprement dit, et ce passage de malades encore en état de guérir, relèverait le moral des pensionnaires de ces hôpitaux-sanatoria qui ainsi n'auraient pas la réputation sinistre qui s'attacherait à ce que certains voudraient créer sous le nom d'hôpitaux de tuberculeux, où l'on n'enverrait les malheureux phthisiques que pour y mourir.

Voilà donc cette œuvre qui prend le tuberculeux au début de sa maladie, le soigne et l'assiste ainsi que sa famille jusqu'à sa guérison quelquefois, jusqu'à sa mort trop souvent, assez longtemps dans certains cas où il vit en bonne intelligence avec sa maladie... Mais nous avons supposé le malade venu à la consultation du dispensaire soit de son plein gré, soit à la suite du moniteur d'hygiène. Si, par contre, n'écoulant pas les conseils qui lui sont donnés, il menace de devenir un danger pour ceux qui l'entourent, famille ou compagnons d'ateliers, l'Etat doit pouvoir lui imposer l'observation des règles de l'hygiène : c'est ce que permettent les lois danoise et anglaise qui autorisent les médecins sanitaires à envoyer d'office ces tuberculeux dangereux à l'hôpital. Or, pour pouvoir imposer ces prescriptions hygiéniques, il faut que l'Etat connaisse les malades, et nous en arrivons à la déclaration obligatoire de la tuberculose, question bien débattue ces temps derniers.

Il semble que la polémique engagée autour de cette question vient en partie de ce qu'on ne s'est pas entendu sur sa signification. Déclaration obligatoire signifie obligation d'un ensemble de mesures à prendre vis-à-vis du tuberculeux pour éviter la transmission de son affection. Evidemment, s'il s'agissait d'une déclaration non suivie de sa sanction nécessaire et obligatoire, l'« hygiénisation », il serait oiseux de parler encore d'une mesure dont le résultat serait de nuire à un individu ou à sa famille sans autre profit pour la société que l'établissement d'une statistique. Non. Cette déclaration doit être la dernière des mesures antituberculeuses ; elle n'aura d'intérêt pratique que lorsque tous les autres rouages de l'organisation antituberculeuse fonctionneront d'une façon effective.

On a fait à cette déclaration des objections : le tort qu'elle ferait subir au travailleur, renvoyé de l'usine ou de l'atelier, quelquefois même par son propriétaire. A cela, on pourrait répondre d'abord que l'intérêt général passe avant l'intérêt particulier; ensuite, que le tort qu'on fait subir au malade n'existe plus, si comme nous l'avons supposé, l'assistance fonctionne; enfin, on peut s'arranger en sorte que cette déclaration soit faite d'une façon discrète : d'ailleurs la tuberculophobie est bien moindre depuis la guerre. Est-ce parce qu'on a vu beaucoup plus de tuberculeux et que l'habitude du danger rend insouciant, est-ce parce que la divulgation des maladies est moins crainte, ayant été souvent le fait des conseils de revision, de réforme, de la rédaction des billets d'hôpital pour les militaires, ou de l'hospitalisation en commun ? Toujours est-il que l'idée de la déclaration obligatoire a fait son chemin, qu'elle est, à l'heure actuelle, acceptée par un plus grand nombre.

Secret médical disent certains, mais ceux qui admettent qu'on ne viole pas le secret médical en déclarant un cas de peste ou de choléra, peuvent-ils prévaloir de ce secret médical quand il s'agit de tuberculose ? N'est-elle pas une maladie contagiense comme la peste ou le choléra ? Ne fait-elle pas un nombre de victimes qui la met au premier rang des fléaux de l'humanité bien avant la guerre ? Alors pourquoi lui faire un traitement de faveur ?

Une deuxième objection qu'on a faite à cette déclaration, est celle-ci : quand commence la tuberculose et quelle tuberculose doit-on déclarer ? La boutade de Daremberg : « tout le monde a été tuberculeux, l'est ou le sera », contient une grande part de vérité mais on peut y répondre : la déclaration est instituée pour permettre de prendre des mesures contre la contagion ; ne déclara-

rer donc que les cas contagieux, c'est-à-dire ceux qui sont accompagnés d'expulsion de produits bacillifères.

Enfin, ayons le courage de l'écrire, il y a une dernière objection à la déclaration obligatoire : elle n'est pas énoncée, mais on la sent sous toutes les autres : c'est l'intérêt de petits praticiens, bien rares il est vrai. Pour ceux-là, en effet, une tuberculose au début, c'est un malade vu d'une façon suivie ; la déclaration, c'est la prise en charge du malade par le dispensaire et la perte des honoraires escomptés. A cela il y a deux remèdes : le premier, le plus immédiatement pratique, adopté par les Anglais, de rétribuer la déclaration elle-même, mesure efficace d'après eux. La seconde, d'augmenter la conscience hygiénique des médecins et de développer leur éducation antituberculeuse. Un projet dans ce dernier sens, créant dans les Facultés une chaire de la tuberculose, a été déposé à la Chambre et renvoyé à la commission de l'enseignement. — Malgré tout, quand une famille voudra éviter la déclaration, elle pourra choisir un médecin connu, pour ne pas la faire ; mais, dans ce cas, il ne s'agira pas ordinairement d'une famille pauvre, et ce ne sont pas pour les riches que sont faites les lois antituberculeuses. D'ailleurs, comme il en est arrivé de toutes choses, une fois cette coutume entrée dans les mœurs, on n'y prêtera plus attention.

Par qui doit être faite cette déclaration ? Dans la plupart des pays qui viennent de l'adopter (Norwège, 1900 ; Danemark, 1905 ; Angleterre, 1912), elle est faite par le médecin traitant au médecin sanitaire. Par contre, dans les Etats d'Allemagne qui, en application de la loi impériale de 1900, ont inscrit la tuberculose parmi les maladies à déclaration, elle doit être faite :

- 1) Par le médecin traitant ;

- 2) Par le chef de famille ;
- 3) Par toute personne participant par profession au traitement du malade ;
- 4) Par celui dans la maison duquel survient la maladie ;
- 5) Par le vérificateur du décès ;

avec cette restriction que les personnes visées aux n° 2 et 5 ne font la déclaration que si celle de la catégorie immédiatement précédente ne l'a pas faite. A New-York, toute personne ayant connaissance d'un cas de tuberculose doit en faire la déclaration dans les sept jours.

Chaque système a ses avantages ; mais il nous semble que la déclaration faite par le médecin traitant est préférable au système allemand, applicable dans un pays où la discipline était une vertu nationale. ce qui n'est pas le cas pour la France. Comme les lois, en pareille matière, n'ont d'efficacité que si elles ont été créées par un besoin et que si la masse en comprend l'utilité, il est trop à craindre qu'elles ne restent lettre morte dans un grand nombre de cas.

D'autre part, si la déclaration de la tuberculose entrait dans nos mœurs, cette affection figurerait quatorzième sur la liste, et la déclaration serait faite par le médecin traitant à la fois au maire et au sous préfet qui la transmettrait au bureau d'hygiène, comme cela se pratique à l'heure actuelle pour les autres maladies à déclaration. Nous pensons que cet intermédiaire maire ou préfet, pourrait être supprimé sans inconvénient.

La déclaration faite directement par le médecin traitant au médecin sanitaire assujetti lui aussi au secret professionnel, semblerait ménager ce principe si souvent invoqué. Nous disons : semblerait, car, en fait, quand il

s'agit de tuberculose, ce secret est bien plus souvent le secret de polichinelle. Cette déclaration à un médecin qu'on pourrait présenter non comme une violation mais comme un élargissement du secret professionnel, bouleverserait moins les idées conservatrices en matière d'hygiène et partant serait mieux acceptée. Il eut peut-être été désirable que son application se fit par étapes comme en Angleterre, où elle fut d'abord obligatoire pour les ressortissants du « *Poor Law Systeme* », ensuite pour tous les malades traités dans les hôpitaux, enfin pour tous les Anglais. Notre souhait est un peu tardif et, devant le fait accompli, il nous paraît inutile de passer en revue les différentes opinions émises à ce sujet (projets : Landouzy, Mosny, Roux, S. Bernheim).

En effet, les journaux du 19 janvier 1919 annoncent le dépôt par le sous secrétaire d'Etat du Service de santé d'un projet de loi relatif à la tuberculose ; d'après ce projet, tout cas de tuberculose doit être obligatoirement déclaré dans les huit jours qui suivent l'établissement du diagnostic. La déclaration est adressée par le médecin traitant ou consultant au service médical sanitaire institué à cet effet. Le médecin rend compte en même temps si les soins et autres mesures prophylactiques sont assurés. Les communes, les départements et l'Etat, sont tenus de pourvoir au traitement et à l'hospitalisation des personnes nécessiteuses atteintes de tuberculose, et d'accorder une subvention à celles dont le soutien est hospitalisé comme tuberculeux. Tout médecin qui ne ferait pas la déclaration, serait passible des peines prévues dans les articles 471 et 474 du code pénal.

Mais, nous le répétons encore une fois, les mesures hygiéniques, même appuyées par des lois, ne seront effi-

caces que quand la massé en aura compris l'utilité ; la force d'inertie est une force contre laquelle on ne peut rien. Il faut que l'opinion publique éclairée sur les dangers qui guettent les insoucians ou les négligents, réclame l'application de ces mesures d'hygiène, et pour arriver à ce résultat, il faut recourir à l'éducation du peuple et même des classes qui se disent instruites. L'éducation ne peut pas se faire du jour au lendemain ; c'est affaire de temps et de persuasion ; il faut la commencer à l'école ; l'instituteur ou le professeur sommairement, mais suffisamment instruit des choses de l'hygiène et de l'hygiène antituberculeuse en particulier, aurait assez d'occasions d'intéresser ses élèves en prenant comme sujet d'entretien l'actualité qui frappe davantage les imaginations des jeunes. Continué au régiment, ces entretiens d'hygiène pourraient embrasser des sujets plus vastes ou dont l'exposition à des enfants est assez délicate. De leur côté, les sociétés privées multipliant les conférences, affiches, tracts, créant des musées de la tuberculose, seconderaient grandement les œuvres proprement dites d'éducation.

Enfin et surtout, il faudrait réformer notre mentalité « qui est antihygiénique parce que nous sommes des frondeurs et des indisciplinés ». Combien de fois avons-nous vu, par exemple, cracher par terre sous des affiches l'interdisant expressément et dans des endroits comme les couloirs de l'Ecole de Médecine ou les salles de cours où personne ne devrait se permettre pareille faute contre l'hygiène. C'est aussi que nous sommes jaloux de ce que nous croyons être notre droit, car si la liberté consiste à faire ce que nous voulons, nous oublions que ce n'est qu'autant que l'exercice de cette liberté ne nuit pas à

autrui, volontairement ou involontairement, ce dernier mot définissant l'hygiène.

Essayons donc de devenir disciplinés et respectueux de nos devoirs ; l'éducation et les lois feront le reste, et à ce prix, d'ici peu, notre pays n'aura plus le triste privilège d'être celui où l'on meurt le plus par tuberculose.

CONCLUSIONS

A la tuberculose augmentant tous les jours, il est de toute urgence d'opposer des mesures qui sont, par ordre d'efficacité :

I. La lutte contre le logement insalubre, qui doit être poursuivie en application de la loi de 1902. Et pour cela il faut décharger les maires du soin de son application, qui sera confiée à une administration compétente, indépendante et responsable.

II. La cure du tuberculeux par le sanatorium, mais qui ne pourra fonctionner avec résultats que s'il est la conséquence de l'assurance obligatoire contre la maladie, assurance qui peut être assurée par les mutualités

III. La lutte contre l'alcoolisme, dont les mesures les plus efficaces sont : a) la limitation du nombre des débits quels qu'ils soient, étape préparatoire au rachat ; b) la suppression définitive du privilège des bouilleurs de cru.

IV. Le contrôle de la viande et du lait.

C'est le dispensaire genre Calmette, uniquement anti-tuberculeux, qui serait la cheville ouvrière de tout cet

édifice : en même temps qu'il assurerait l'éducation des tuberculeux et de leur famille, ainsi que la désinfection périodique et régulière des locaux habités par eux, il coordonnerait les efforts faits dans les différents ordres d'idée que nous avons énumérés plus haut, en même temps qu'il assurerait leur application.

OUVRAGES CONSULTÉS

<i>Abréviations</i>	{	R. T. = Revue de la tuberculose.
		H. G. A. = Hygiène générale et appliquée.
		R. H. P. S. = Revue d'hygiène et de police sanitaire.

BALLET (G.). - Sur les mesures à prendre contre l'alcoolisme. R. H. P. S., 1915, p. 257.

BERNHEIM (S.). - Des conséquences de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Prophylaxie et désinfection. Revue int. de la tuberculose, vol. XXI, n° 5, p. 327.

BERTILLON (J.). - L'alcoolisme et les moyens de le combattre jugés par l'expérience. Gabalda. Paris, 1915.

BERTIN-SANS (H.), IMBERT et BLAUFUS. - La qualité du lait à Montpellier. Organisation d'une surveillance des laitiers syndiqués. Montpel. méd., XXV, 1907.

BERTIN-SANS (H.) et COMTE. - L'attestation préfectorale aux vacheries de Montpellier et de l'Hérault. Nouv. Montp. méd., 1901.

BROUARDEL (P.). - La lutte contre la tuberculose. Paris, Baillière, 1901.

CALMETTE (A.). — La lutte sociale contre la tuberculose par les dispensaires d'hygiène sociale Paris méd. n° 9, fév. 1913.

— Programme pour l'organisation et le fonctionnement de dispensaires spéciaux en vue de la lutte contre la tuberculose R. H. P. S., 1914, p. 253.

CALMETTE (A.) et BRETON. — Dangers de l'ingestion des bacilles tuberculeux tués par la chaleur. Presse méd., 21 fév. 1906.

CAMPBELL (Th.). — The organization and administration of tuberculosis work in rural districts. Brit. Journ. of tubercul., avril 1914.

CHASSEVANT (A.). — L'inspection départementale d'hygiène. H. G. A., 1909, p. 33.

Commission de la tuberculose (1900). — La propagation de la tuberculose. Paris, Masson, 1900.

Comité national suédois. — La lutte contre la tuberculose en Suède. (Ouvrage dédié au Congrès de la tuberculose de 1905.)

Comptes rendus des Congrès de la tuberculose : Berlin, 1902 ; Paris, 1905 ; Washington, 1908 ; Rome, 1912.

Comptes rendus et mémoires de l'Académie de médecine, 1912-1913-1914.

CROSSLEY (S.). — The work of a country tuberculosis officer. British Journ. of tub., avril 1914.

DAREMBERG. — Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulm. Paris, 1905.

FILASSIER. — De la législation française en matière de logements insalubres. H. G. A., 1906, p. 251.

FRIEDMANN (F.-F.). — Heilung und Prophylaxie der menschlichen Tuberkulose. Berl. medicin. Gesellsch., nov. 1912.

- FUSTER (E.). — L'Etat et la lutte antituberculeuse en Danemark. R. H. P. S., 1914, p. 109.
- L'action nationale contre la tuberculose en Angleterre. R. H. P. S., 1916, p. 289.
- GAUSSEL. — Le sanatorium populaire et l'hôpital-sanatorium. Montpel., 1910.
- L'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux : l'hôpital-sanatorium de Montpellier. IV^e Congrès nation. d'assistance publique et privée.
- GAUTREZ. — Rapport à la réunion sanitaire provinciale sur le fonctionnement des Bureaux municipaux d'hygiène.
- GRANJUX. — La défense départementale contre la tuberculose. R. H. P. S., 1917, p. 794.
- GRIVEAUD. — La législation sanitaire allemande. Thèse de Lyon, 1909, n° 82.
- GUERBET. — La lutte contre la tuberculose dans le Royaume-Unis. Thèse de Paris, 1912.
- JACQUET (L.). — L'alcool. Etude économique générale. Préface de G. Clemenceau. Paris, Masson, 1912.
- LANDOUZY. — A propos de la déclaration de la tuberculose. La désinfection obligatoire pour tous les décès. Presse méd., 24 mai 1913.
- La guerre et la réforme du soldat tuberculeux. R. H. P. S., 1915, p. 209.
- ° LESTABLE (DE). — La lutte contre un mal social : la tuberculose. Thèse de Bordeaux, 1913, n° 58.
- MARTEL (H.). — Fréquence de la tuberculose dans les vacheries de la Seine. Revue de la Société scientif. d'hygiène alimentaire, 1906, p. 559.
- La lutte contre la tuberculose par l'assainissement des sous-produits de la laiterie. H. G. A., 1909, p. 419.

- MARTEL (H.). — Les viandes assainies susceptibles d'être livrées à la consommation. R. H. P. S., 1917, p. 529.
- MOSNY (E.). — La déclaration obligatoire de la tuberculose. Arch. gén. de méd., mars 1913.
- La lutte contre l'alcoolisme. R. H. P. S., 1915, p. 402.
- MOUSSU. — Le lait des vaches tuberculeuses. R. H. P. S., 1905, p. 1057.
- PANISSET. — Danger du lait des animaux tuberculeux. H. G. A., 1906, p. 151.
- RISLER (G.). — Les habitations à bon marché pendant et après la guerre. R. H. P. S., janv. 1918, p. 136.
- ROCHAIX. — La lutte contre les maladies contagieuses en Allemagne. Préf. de J. Courmont. Paris, Maloine, 1909.
- ROMME (M.). — La déclaration obligatoire de la tuberculose. R. T., 1913, p. 366.
- ROMME (R.). — La lutte sociale contre la tuberculose. Paris, Masson, s. d.
- L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France. Paris, Masson, s. d.
- Les assurances ouvrières et la lutte contre la tuberculose en Allemagne. Rev. gén. des sciences, 1899, p. 573-618.
- La diminution de la tuberculose en Angleterre. Rev. gén. des sciences, 1900, p. 680.
- ROUGET et DOPTER. — Hygiène alimentaire, in Traité d'hygiène de Brouardel et Mosny. Paris, Baillière, 1906.
- ROUX. — Sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. Bullet. méd., 4 juin 1913.

- SANGMAN et HOLBMOE. — La lutte contre la tuberculose, en 1901, dans les pays du Nord. Tuberculosis, 1902.
- STRAUSS (P.). — Sur l'institution de dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. R. H. P. S., 1915, p. 913.
- VERHAEGHE. — La lutte contre la tuberculose au Danemark. R. H. P. S., 1905, p. 708.
- VINTRAS. — La déclaration obligatoire de la tuberculose pulmonaire en Angleterre. R. T., 1912, p. 549.
- VITOUX (G.). — Les infirmières visiteuses de France et les logements sanatoria. R. H. P. S., 1916, p. 510.
- WEILL (M.-P.). — État actuel et étude critique de la lutte antituberculeuse en Allemagne. R. T., 1913, p. 81.
- WOODHEAD. Tuberculosis (Congress of the royal institut for public Health. Berlin, 1912.)

Vu et permis d'imprimer.	Vu et approuvé.
Montpellier, le 5 février 1919.	Montpellier, le 5 février 1919.
Le Recteur,	Le Doyen,
Aut. BENOIST.	MAÏRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
